

**BGKK**

# Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Für den Dienstgeber

**VERSICHERTER**

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

**Arbeitsunfähig ab:**

Wohnanschrift

**Behandlungsbeginn:**

**Dienstgeber**

**Voraussichtliche Dauer:  
Ausgezeit:**

Rezeptgebührenbefreiung

**Arbeitsunfähig bis:**

**Arbeitsfähig ab:**

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

**Arbeitsunfähigkeitsursache:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit (Unglücksfall) | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall                |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall            | <input type="checkbox"/> Sportunfall                   |
| <input type="checkbox"/> Berufskrankheit          | <input type="checkbox"/> Raufhandel                    |
| <input type="checkbox"/> Trunkenheit              | <input type="checkbox"/> Dienst- (Kriegs) beschädigung |

## Hinweis für den Versicherten:

Sie können sich auch über das Internet unter  
[www.bgkk.at](http://www.bgkk.at) (Gesundmeldung)  
gesund melden!

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt:

Summe: € \_\_\_\_\_

Anweiser:

Prüfer: