

BGKK

Gesundmeldung

Für den Dienstgeber

VERSICHERTER

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Arbeitsunfähig ab:

Wohnanschrift

Behandlungsbeginn:

Dienstgeber

Rezeptgebührenbefreiung

**Voraussichtliche Dauer:
Ausgehzeit:**

Arbeitsunfähig bis

Arbeitsfähig ab:

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

Arbeitsunfähigkeitsursache:

- Krankheit (Unglücksfall)
- Arbeitsunfall
- Berufskrankheit
- Trunkenheit

- Verkehrsunfall
- Sportunfall
- Raufhandel
- Dienst- (Kriegs) beschädigung