

Meldung über Arbeitsunfähigkeiten eines Arbeitnehmers (§ 5 (1) EntgFG)

Der/Die Mitarbeiter(in) war/ist erkrankt

vom _____ bis voraussichtlich _____

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Wurde am Tag
der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet:

Ja

Nein

Arbeits- oder Wegeunfall

Arbeitgeber

Adresse/Firmenstempel

Arbeitnehmer

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift-Arbeitgeber: _____
