

# Schnellmeldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber:

(Firmenstempel)

## Persönliche Angaben:

Familienname	Vorname
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Voraussichtlich arbeitsunfähig bis

## Arbeitsunfähig durch:

- Krankheit (Krankschreibung durch Arzt)
- Arbeitsunfall und Berufskrankheiten
- Stationäre Krankenhausbehandlung
- Krankheit (Kurzeiterkrankung max. 3 Tage)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber