

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
Binder
Gottfried
D 04109 Leipzig

Kostenübernehmer, Name des Versicherten, Nr., Status

Betrieb, Nr., Art, Datum 17

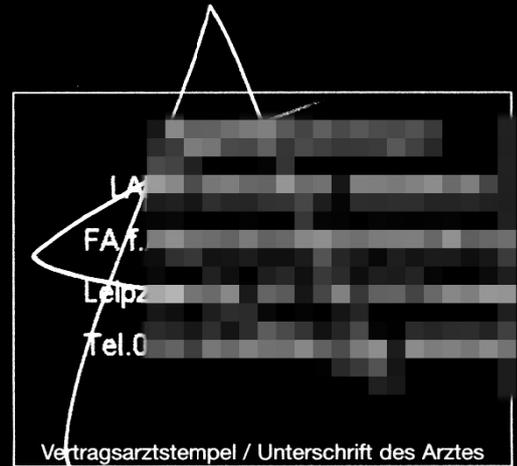
Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am



Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Vordruck Leitverlag GmbH Berlin, Halsbrücker Str. 31b, 09599 Freiberg, Tel. 03731/303-0 10/16

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code E	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

