

Fehlzeitmeldung

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Krankheit/Fehlzeit

Fehlzeit von/bis	_____ bis _____
Welche Fehlzeit liegt vor?	Krankheit mit Krankschreibung (Arzt) () ohne Krankschreibung () stationärer Aufenthalt (Krankenhaus) () Arbeitsunfall () Reha/Kur () Erkrankung eines Kindes () (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen) Sonstiges () (z.B. unbezahlter Urlaub, bitte erläutern) _____
Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	() Ja () Nein _____ Stunden
NUR bei Geringfügig Beschäftigten oder bei Kurzfristig Beschäftigten: Name der Krankenkasse	_____

Datum

Unterschrift Arbeitgeber