

# KRANKMELDUNG

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Arztes / Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass der oben genannte Patient krankheitsbedingt arbeitsunfähig ist.**

Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Besondere Hinweise / Empfehlungen:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/krankmeldung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.