

Arbeitsunfähigkeitsmeldung für die Lohnabteilung ab 01.01.2023

Mandant/ Arbeitgeber:

Name

Vorname

Mitarbeiter/ Arbeitnehmer:

Name

Vorname

Arbeitsunfähigkeit seit:

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis:

Bitte kreuzen Sie gegebenenfalls an:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit

Ja / Nein

stationäre Krankenhausbehandlung

Ja / Nein

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers
