Meldeformular: Krankheitszeiten Arbeitnehmer (für Abruf eAU)

Arbeitgeber: **Monat:** **Jahr:**

Bitte ausfüllen! (Arbeitgeber)

Auszufüllen durch Lohnsachbearbeiter

			Bitte Zutreffendes ankreuzen					
Name, Vorname	**Beginn der Krankheit (Datum)**	**Voraussichtliches Ende (Datum)**	**Krank ohne AU* (max. 1-3 Tage)**	**Krank-schreibung durch Arzt**	**Stationär (Krankenhaus)**	**Arbeits-unfall**	***eAU Daten angefordert am***	***Rückmeldung erfolgt***
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

* AU = Krankschreibung