

Selbsterklärung Arbeitsunfähigkeit

Name, Vorname: Geburtsdatum:.....

Adresse:

Meine Krankenkasse:

Meine aktuelle/-n berufliche/-n Tätigkeit/-en:

.....
.....

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass ich zurzeit arbeitsunfähig erkrankt bin.

Beginn meiner Arbeitsunfähigkeit (Datum):

Voraussichtliches Ende meiner Arbeitsunfähigkeit (Datum):

Sollte meine Arbeitsunfähigkeit vor dem von mir angegebenen Zeitpunkt enden, so werde ich dies meinem Arbeitgeber und meiner Krankenkasse unaufgefordert mitteilen.

Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und ich mir darüber im Klaren bin, dass unrichtige Angaben nachteilige Rechtsfolgen wie z.B. Schadensersatzforderungen gegen mich oder eine fristlose Kündigung meines Arbeitsverhältnisses nach sich ziehen können.

.....

Ort, Datum, Unterschrift

Postanschrift der Familienpraxis: Welzheimer Str.19e, 63791 Karlstein

E-Mail: familienaerzte@t-online.de

Fax: 06188-991295

Tel: 06188-82252