

<b>Arbeitsunfähigkeitsmeldung</b>			Rückdatierung auf ..... empfohlen
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Ärztliche Begründung:
Tag Monat Jahr			
Adresse (während des Krankenstandes)			Datum <span style="float: right;">Unterschrift und Stempel des Arztes (der Ärztin)</span>
Postleitzahl/Ort			Rückdatierung auf ..... <input type="checkbox"/> akzeptiert <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil .....
Dienstgeber			<p><b>Sehr geehrte(r) Versicherte(r)!</b></p> <p>Wird die Arbeitsunfähigkeitsmeldung von einem Vertragsarzt (einer Vertragsärztin) ausgestellt, übermittelt der Arzt (die Ärztin) diese direkt an die zuständige Landes- bzw. Außenstelle bzw. das zuständige GBZ.</p> <p>Wird die Arbeitsunfähigkeitsmeldung von einem Wahlarzt (einer Wahlärztin) ausgestellt, müssen Sie diese der zuständigen Landes- bzw. Außenstelle bzw. dem zuständigen GBZ unverzüglich übermitteln.</p> <p>Bitte beachten Sie Folgendes: Wenn die Arbeitsunfähigkeitsmeldung nicht rechtzeitig vorgelegt wird, ruht Ihr Anspruch auf Krankengeld bis zum Einlangen der Meldung.</p> <p>Informationen nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter <a href="http://www.bvaeb.sv.at/Datenschutz">www.bvaeb.sv.at/Datenschutz</a></p>
Diagnose:			
Unfall am .....			
<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (Berufskrankheit) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Rauffhandel <input type="checkbox"/> Folge von Trunkenheit <input type="checkbox"/> Folge von Suchtgiftmisbrauch <input type="checkbox"/> Folge einer Dienst-(Kriegs-)Beschädigung <small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>			
Bettruhe	Ausgang	von ..... bis ..... Uhr	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		von ..... bis ..... Uhr	
Arbeitsunfähig ab:	Wiederbestellt für:	(Voraussichtlich) letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:	

Bitte hier abtrennen!

<b>Arbeitsunfähigkeitsmeldung für den Dienstgeber</b>			
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	
Tag Monat Jahr			
Adresse (während des Krankenstandes)			Datum <span style="float: right;">Unterschrift und Stempel des Arztes (der Ärztin)</span>
Postleitzahl/Ort			
Dienstgeber			<p><b>Sehr geehrte(r) Versicherte(r)!</b></p> <p>Bitte übermitteln Sie diese Arbeitsunfähigkeitsmeldung Ihrem Dienstgeber.</p> <p>Informationen nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter <a href="http://www.bvaeb.sv.at/Datenschutz">www.bvaeb.sv.at/Datenschutz</a></p>
Arbeitsunfähig ab:	Wiederbestellt für:	(Voraussichtlich) letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:	