



**Evangelischer Kirchenkreis Halle-Saalkreis**

**Meldung von Arbeitsunfähigkeit**

- Erstmeldung
- Folgemeldung

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Die AU-Bescheinigung ausstellende(r) Ärztin / Arzt:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters:** \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähig seit:** \_\_\_\_\_

**Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschl.:** \_\_\_\_\_

**Ausstellungsdatum der AU-Bescheinigung:** \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift