

## Meldung über Arbeitsunfähigkeiten eines Arbeitnehmers (§ 5 (1) EntgFG)

Der/Die Mitarbeiter(in) war/ist erkrankt

vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Wurde am Tag  
der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet:

Ja

Nein

Arbeits- oder Wegeunfall

### Arbeitgeber

Adresse/Firmenstempel

---

---

---

### Arbeitnehmer

Name:

---

Vorname:

---

Adresse:

---

---

Datum:

---

Unterschrift-Arbeitgeber:

---

---