



Auftrag zum Abruf der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Mit diesem Formular beauftragen Sie die KLG Rhein Neckar GmbH & Co. KG, Arbeitsunfähigkeitszeiten Ihrer Mitarbeitenden bei dessen/deren Krankenkasse elektronisch abzurufen.

Arbeitgeber / Firma

--

Arbeitnehmer*in:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Bei dieser Krankenkasse versichert:	
Beim Arbeitgeber arbeitsunfähig krank gemeldet ab:	
Voraussichtlich arbeitsunfähig bis:	
Tag des Arztbesuches:	
Krankschreibung erfolgte durch einen Arzt mit Krankenkassenzulassung?	
Krankschreibung erfolgte durch einen Privatarzt?	

TT.MM.JJ			
TT.MM.JJ			
TT.MM.JJ			
Ja		nein	
Ja		nein	

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Arbeitgebers

Dieses Formular benötigen wir von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben zurück. Bitte senden Sie uns diesen Vordruck entweder per FAX an die Nummer: 0621 480269-99 oder über unser Kundenportal.