Formular drucken | Formular zurücksetzen

Arbeitsfähigkeitsmeldung

Stempel

Versicherungs-NR	Name	Letzter Tag der Arbeits-unfähigkeit	Anmerkung *)

*) Bitte in folgenden Fällen Vermerke anbringen: bei Krankenhaus-, Kur-, Rehabilitationsaufenthalt, Diagnosenergänzungen;
bei Vertretung: Name des protokollierenden Arztes;
sonstige Mitteilungen.

NÖGKK - KW 19 - X/12 - 30.000 DVR 0023965-HD