L F Z - A N T R A G

Notwendige Angaben für den Abruf der eAU Daten **vom** Arbeit**nehmer:**

Name:_____

Vorname:_____

Geburtstadum:_____

Krankenkasse:_____

Erstbescheinigung: □

AN war beim Arzt: □ Ja □ Nein

Arztbesuch am:

Arbeitsunfähig ab/seit:_____

voraussichtlich arbeitsunfähig bis:_____

Folgebescheinigung: □

War beim Arzt: □ Ja □ Nein

Arztbesuch am: _____

voraussichtlich arbeitsunfähig bis:_____

Arbeitsunfall: □ Ja □ Nein

_____

Ort & Datum Unterschrift Arbeit**nehmer**