

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK Niedersachsen

17

Name, Vorname des Versicherten

Timm

geb. am

Janina

26.02.88

Dinstweg 30

D 21357 Bardowick

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

102114819 G837180436

Datum

Arzt-Nr.

102114819 39592615 02.02.22

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

1 9 0 1 2 2

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

2 8 0 2 2 2

festgestellt am

0 2 0 2 2 2

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

☐ Erstbescheinigung

☒ Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird
unverzüglich eine Bescheinigung über
die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben
über die Diagnose sowie die
voraussichtliche Dauer der
Arbeitsunfähigkeit übersandt.

111031000.339592615

Dr. med. Maja Säger
Dr. med. Stephanie Jönen
Dr. med. Anja Rose
Dr. med. Anne Sander
FÄ für Frauenheilk. u. Geburtsh.
H. d. Bardow. Mauer 12a
21335 Lüneburg
Tel. 04131/45033 FAX 404200

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

Abteilungsleiter

eingetragen am 03.02.2022


Folgende Bescheinigung

☐ Folgende Bescheinigung

Abteilungsleiter ist nicht
zuständig. Der
Abteilungsleiter ist
zuständig. Der
Abteilungsleiter ist
zuständig. Der

Abteilungsleiter ist
zuständig. Der
Abteilungsleiter ist
zuständig. Der
Abteilungsleiter ist
zuständig. Der

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter

Abteilungsleiter