

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BARMER

17

Name, Vorname des Versicherten

Pancianeschi
Luca Fabiano
Brandheider Weg 12
D 21337 Lüneburg

geb. am

08.05.04

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

101780006 1165713210

Arzt-Nr.

Datum

31386002

25.07.22

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.

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

2 5 0 7 2 2

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

2 9 0 7 2 2

festgestellt am

2 5 0 7 2 2

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Jörg Vennmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hermann-Löns-Str. 15
21337 Lüneburg
Tel. 04131/840800

118131000

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

Bei anderen Personen (z.B. Ehepartner, Kinder, Eltern) ist die Versicherungspflicht zu berücksichtigen.

☐ **Freiwillig**

☐ **Unfreiwillig**

☐ **Unbekannt**

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtszeitpunkt:

Versicherungsnummer:

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

☐ **Freiwillig**
☐ **Unfreiwillig**
☐ **Unbekannt**
☐ **Andere**

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Geburtsort: