

Krankenkasse bzw. Kostenträger		78
Hanseatische Ersatzkasse>MV		
Name, Vorname des Versicherten		
Hohn		geb. am
Uwe		01.02.59
Strelitzer Str.65 a		
D 17258 Feldberger Seenlandschaft		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
100171007	E636743410	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	999999991	10.06.22

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

10.06.2022

10.06.2022

10.06.2022

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Dokumentenversion: 1.0.2
Dokumententyp: e010

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung

1

☒ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

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

Zahnarztpraxis Julia Pohl
052001789
Strelitzer Straße 38
17258 Feldberger Seenlandschaft
Tel: 039831-20241
Fax: 039831-22104
E-Mail: info@pohl-zahnarztpraxis.de
Julia Pohl
Zahnärztin
999999991

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR. 237.33
74b04437-8ec9-490c-88c0-727c59ab63f2