

## KRANKMELDUNG

Name des Arbeitnehmers : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Name des Arbeitgebers : \_\_\_\_\_

Adresse des Arbeitgebers : \_\_\_\_\_

### Meldung der Arbeitsunfähigkeit

Hiermit melde ich mich wegen Krankheit ab dem unten angegebenen Tag arbeitsunfähig. Ich werde Sie informieren, sobald ich wieder arbeitsfähig bin oder eine voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bekannt ist.

Arbeitsunfähigkeit ab dem : \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer bis : \_\_\_\_\_

### Ärztliche Bescheinigung (Attest)

Die ärztliche Bescheinigung wird unverzüglich nachgereicht oder liegt diesem Schreiben bei, je nach Absprache mit dem Arbeitgeber und den gesetzlichen Vorgaben.

### Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/krankmeldung-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.