Daten zur Krankmeldung

Personalnummer	Name, Vorname*	Krankheit angegeben* **1) Krankheit** oder **2) Arbeitsunfall** oder **3) Krankenhaus**	Krankmeldung ab*	Bestätigung durch Arzt ab*	Zeitraum* **E) Erstbescheinigung** **F) Folgebescheinigung**

* Pflichtfelder