

An die  
Sozialversicherungsanstalt  
der gewerblichen Wirtschaft  
Landesstelle

-----  
Eingangsstempel

### KRANKMELDUNG

Versicherte(r)	VSNR – Geburtsdatum
Adresse	

<b>Arbeitsunfähig</b> seit .....	<b>Arbeitsfähig</b> ab .....
<b>Diagnose:</b> .....	
<b>Spitalpflege</b> von .....	bis .....
im/in der .....	

Der Versicherte ist mit dem Tag in Krankenstand zu nehmen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden ist. Eine rückwirkende Krankmeldung ist grundsätzlich nicht möglich.

**Sollte die Arbeitsunfähigkeit auf eine der nachstehenden Ursachen zurückzuführen sein, so bitten wir Zutreffendes anzukreuzen!**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall                     | <input type="checkbox"/> Sport- oder häuslicher Unfall                  |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall                    | <input type="checkbox"/> Folge eines früheren Unfalls                   |
| <input type="checkbox"/> Raufhandel                        | <input type="checkbox"/> Folge einer früheren nicht behobenen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherte Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Vorsätzlich herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit  |

**Bitte beachten Sie!**

Erstmeldung innerhalb von 7 Tagen! Weitermeldungen sind grundsätzlich 14-tägig vom Arzt zu bestätigen und innerhalb von 7 Tagen vorzulegen.

Nach einem Spitalaufenthalt ist unbedingt eine neue Krankmeldung erforderlich (7-Tagefrist!).

-----  
Datum

-----  
Stampiglie und Unterschrift des Arztes