

An die Diakonissenanstalt EMMAUS
Personalabteilung
Bautzener Straße 21
02906 Niesky
Email: a.strauss@emmaus-niesky.de



Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Name, Vorname: _____

Arbeitsbereich: _____

bei Arbeitsunfall / Wegeunfall bitte ankreuzen

Erstbescheinigung von:	
Erstbescheinigung bis:	

Kind krank von:	
Kind krank bis:	

Folgebescheinigung von:	
Folgebescheinigung bis:	

stat. Behandlung von:	
stat. Behandlung bis:	

„Krank ohne Schein“ von:	
„Krank ohne Schein“ bis:	

Kur/Reha-Maßnahme von:	
Kur/Reha-Maßnahme bis:	

Sonstige Informationen:

Datum, Unterschrift



An die Diakonissenanstalt EMMAUS
Personalabteilung
Bautzener Straße 21
02906 Niesky
Email: a.strauss@emmaus-niesky.de



Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Name, Vorname: _____

Arbeitsbereich: _____

bei Arbeitsunfall / Wegeunfall bitte ankreuzen

Erstbescheinigung von:	
Erstbescheinigung bis:	

Kind krank von:	
Kind krank bis:	

Folgebescheinigung von:	
Folgebescheinigung bis:	

stat. Behandlung von:	
stat. Behandlung bis:	

„Krank ohne Schein“ von:	
„Krank ohne Schein“ bis:	

Kur/Reha-Maßnahme von:	
Kur/Reha-Maßnahme bis:	

Sonstige Informationen:

Datum, Unterschrift