

Krankenkasse: Team: KK am Wohnort der/des Versicherten: Sachbearbeiter/in: Straße, Hausnr.: PLZ, Ort: Telefon: Fax: E-Mail:	 Servicezentrum AU Bielefeld Herbert-Hinnendahl-Str. 23 33602 Bielefeld Telefon: 0521 32904-0 Fax: 0521 32904-98 E-Mail: Postfach-Bielefeld-AU@md-wl.de
---	--

Kurzbegutachtung:

☐ Arbeitgeberzweifel

Informationen zur Untersuchung: ☐ Telefonisch Einladung zum (TT.MM.JJJJ): ☐ 8 – 12 Uhr ☐ 10 – 14 Uhr	☐ Persönlich Einladung zum (TT.MM.JJJJ): um Uhr
---	---

Persönliche Daten

KV-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

m ☐ w ☐ d ☐ _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.: _____

Telefon: _____

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit

AU seit: _____

AU aktuell attestiert bis: _____

AU Diagnose: _____

Informationen zum/zur AU bescheinigenden Arzt/Ärztin

Arztnummer: _____

FA ☐ HA ☐

Fachrichtung: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Angaben zur Beschäftigung/Arbeitslosigkeit

Letzte Tätigkeit: _____

VZ ☐ TZ ☐

Kündigung zum: _____

Arbeitslos seit: _____

Hinweise für den Medizinischen Dienst _____
