


Krankenkasse: Team: KK am Wohnort der/des Versicherten: Sachbearbeiter/in: Straße, Hausnr.: PLZ, Ort: Telefon: Fax: E-Mail:	 <b>Servicezentrum AU Kreuztal</b> Marburger Straße 13 57223 Kreuztal <b>Tel: 02732 / 76246-0</b> Fax: 02732/76246-44 E-Mail: <a href="mailto:Postfach-Kreuztal-AU@md-wl.de">Postfach-Kreuztal-AU@md-wl.de</a>
---	--

**Kurzbegutachtung:**

Arbeitgeberzweifel

<b>Informationen zur Untersuchung:</b> <input type="checkbox"/> Telefonisch Einladung zum (TT.MM.JJJJ): <input type="checkbox"/> 8 – 12 Uhr <input type="checkbox"/> 10 – 14 Uhr	<input type="checkbox"/> 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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_