

Mitteilung über die Wiederaufnahme der Arbeit Krankenversicherung - Geldleistungen Selbständige



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Vom Versicherten innerhalb von 48 Stunden nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit oder des Mutterschaftsurlaubs an den Vertrauensarzt der Krankenkasse zu senden.

Daten zur Person

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer: BK: Index:

Postleitzahl: Ort:

Krankenversicherungsnummer:

Aktenzeichen:

Ihre derzeitige Anschrift (sofern nicht dieselbe wie der Hauptwohnsitz)

Straße: Hausnummer: BK: Index:

Postleitzahl: Ort:

Erklärung

Der/die Unterzeichnete,

Selbstständige(r), helfende(r) Partner(in).....,
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

setzt den Vertrauensarzt hierdurch über die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Kenntnis ab dem:

Unterschrift des/der Selbständigen