

# ANTRAG AUF EINE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT



Dieser Vordruck ist vor der Aufnahme Ihrer Tätigkeit auszufüllen, zu unterzeichnen und an Ihre Krankenkasse zurückzusenden.

**Lesen Sie zuerst die wichtigen Hinweise auf der letzten Seite!**

## RUBRIK 1: MITTEILUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Dieser Vordruck ist auszufüllen, wenn Sie wieder einen Teil der Erwerbstätigkeit ausüben, die Sie vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben, oder wenn Sie eine andere Tätigkeit aufnehmen.

### Daten zur Person

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Hausnummer: ..... Briefkasten: ..... Index: .....

Postleitzahl: ..... Ort: ..... Land: .....

Tel.: ..... E-Mail-Adresse: .....

Nummer des Nationalregisters:

Ich Unterzeichnete(r), .....

**erkläre, dass ich** ab dem   -   -

die nachfolgende Tätigkeit .....

wiederaufnehmen werde.

Mit nachstehendem Antrag auf Genehmigung bitte ich den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um Erlaubnis, diese Tätigkeit auszuüben.

Ich erkläre an Eides statt, dass alle Angaben auf diesem Vordruck vollständig und richtig sind.

Mir ist bewusst, dass eine falsche, ungenaue oder unvollständige Erklärung mit einer Verwaltungsstrafe oder mit einer strafrechtlichen Verfolgung geahndet werden kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches)

Datum: ...../...../20....

Unterschrift

# ANTRAG AUF EINE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT



## RUBRIK 2: ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT UNTER WAHRUNG DER ANERKENNUNG

Ich, Unterzeichnete(r), .....

bitte den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um Erlaubnis, um ab dem (Tag/Monat/Jahr)   -   -

eine (Erwerbs-)Tätigkeit als .....

(wieder)aufzunehmen.

### 1. Kreuzen Sie an, ob es eine (Erwerbs-)Tätigkeit betrifft als

- Arbeiter
  - beim gleichen Arbeitgeber
  - bei einem anderen Arbeitgeber
- Angestellte(r)
  - beim gleichen Arbeitgeber
  - bei einem anderen Arbeitgeber
- Selbstständige(r)
- Jede andere Tätigkeit
  - entlohnte Tätigkeit
  - unentgeltliche Tätigkeit (mit/ohne Aufwandsentschädigung)\*\*

\*\* Unzutreffendes bitte streichen

### 2. Welche Aufgaben übernehmen Sie? Beschreiben Sie getrennt und möglichst konkret alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie übernehmen werden.

.....  
.....

### 3. Deuten Sie an, an welchen Tagen Sie arbeiten werden und wie viel Stunden:

- Ich arbeite nach einem variablen Stundenplan (also nach keinem festen Stundenplan).  
Stundenzahl pro Woche: .....
- Ich arbeite nach einem festen Stundenplan (ergänzen Sie ebenfalls den nachstehenden Stundenplan).  
Wenn die Tage und Stunden jede Woche gleich sind, brauchen Sie nur eine Woche zu ergänzen (1. Reihe der nachfolgenden Tabelle):  
Stundenzahl pro Woche: .....

# ANTRAG AUF EINE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT



Wochentag	Tagesstundenplan	Gesamtstundenzahl pro Tag
Montag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Dienstag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mittwoch	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Donnerstag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Freitag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Samstag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sonntag	VON ..... BIS ..... UND VON ..... BIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte alle anderen verfügbaren Auskünfte über den Stundenplan vermerken:

.....  
.....

#### 4. Vom Arbeitgeber auszufüllen:

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation : .....

Postanschrift : .....

Telefonnummer: .....

Ort der Beschäftigung: .....

Unternehmensnummer: .....

Stemple/Unterschrift des Arbeitgebers zur Zustimmung:

Falls Sie über diese Informationen verfügen :

- Die Kontaktdaten des behandelnden Arztes, (Name, Anschrift, Telefon):

.....

- Die Kontaktdaten des Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarztes

.....

Hiermit bestätige ich, dass dieser Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde

Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Bitte Erkennungsaufkleber Ihrer Krankenkasse aufkleben.

# ANTRAG AUF EINE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT



## Wichtige Hinweise

### Wozu dient dieses Formular?

Dieses Formular müssen Sie ausfüllen, wenn Sie während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt sind, erneut teilweise arbeiten möchten.

Es handelt sich um eine teilweise Wiederaufnahme

- der Erwerbstätigkeit, die Sie vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben  
oder
- einer neuen Erwerbstätigkeit  
oder
- einer Tätigkeit als Selbständiger

die mit Ihrem Gesundheitszustand zu vereinbaren ist.

### Wem sollen Sie dieses Formular zustellen?

Dieses Formular umfasst zwei Rubriken (eine Rubrik mit Verwaltungsdaten und eine medizinische Rubrik). Sie füllen beide Rubriken aus und stellen beide gleichzeitig Ihrer Krankenkasse zu.

### Wann müssen Sie dieses Formular einreichen?

Sie müssen dieses Formular spätestens am **ersten Arbeitstag, der der tatsächlichen Wiederaufnahme der Arbeit unmittelbar vorangeht, verschicken. (der Poststempel ist ausschlaggebend).**

Sie dürfen den Antrag auch am letzten Arbeitstag vor der Wiederaufnahme der Tätigkeit gegen Empfangsbestätigung bei Ihrer Krankenkasse abgeben.

Wenn Sie die (Wieder-)Aufnahme einer Tätigkeit nicht rechtzeitig melden, können Ihre Geldleistungen **um 10 Prozent gekürzt oder sogar verweigert werden** (gemäß der Regel, wonach das Erwerbseinkommen aus einer angepassten Tätigkeit auf die Geldleistungen anzurechnen ist).

### Beizufügende Unterlagen

Sie müssen diesem Formular eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages beilegen, wenn

- Ihr Arbeitsvertrag angepasst oder abgeändert wurde  
oder
- Sie einen neuen Arbeitsvertrag empfangen haben

Wenn Sie noch nicht über die Änderungsklausel bzw. den neuen Arbeitsvertrag verfügen, lassen Sie Ihrer Krankenkasse ein Kopie zukommen, sobald Sie diese erhalten haben.

**Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen, dieses Formular haben, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.**

Diese Angaben werden nach den Bestimmungen des Gesetzes über den Schutz des Privatlebens vom 8. Dezember 1992 behandelt. Mit Ausnahme der persönlichen medizinischen und sozialen Daten dürfen diese Informationen verwendet werden, um für Leistungen der Christlichen Krankenkasse und ihrer Unterorganisationen, mit denen ein Abkommen über die Zusammenarbeit besteht, zu werben. Sie haben das Recht auf Einsicht und Korrektur Ihrer persönlichen Daten.