



Anzeige der Arbeitsunfähigkeit nach §5 Entgeltfortzahlungsgesetz

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Arbeitsbereich/ Einsatzstelle:
Krankenversichert bei: _____		
Krankenversicherungsnummer: _____		
Gemäß §5 Entgeltfortzahlungsgesetz bzw. arbeitsvertraglicher Regelungen ist der Arbeitnehmer (m/w/d) verpflichtet, dem Arbeitgeber seine Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.		
<input type="checkbox"/>	Erstmeldung	
<input type="checkbox"/>	Folgemeldung	
Voraussichtlich Arbeitsunfähig von _____ bis _____.		
<input type="checkbox"/>	Ich habe einen Arzt aufgesucht, der die Arbeitsunfähigkeit attestiert hat.	
<input type="checkbox"/>	Ich wurde in ein Krankenhaus eingewiesen.	
Bemerkungen:		
Datum:	Unterschrift:	

Die Mitteilung der Arbeitsunfähigkeit an den Arbeitsbereich bzw. die Einsatzstelle hat unverzüglich per Telefon zu erfolgen.

Einzureichen ist die Anzeige der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Tagen wie folgt:

- schriftlich persönlich in: [Dr.-Zinn-Weg 22, 16225 Eberswalde](#)
- schriftlich per E-Mail an: wohnstaetten@lebenshilfe-barnim.de
- schriftlich per Fax: [03334/4299-29](tel:03334429929)