

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - Selbstauskunft**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **arbeitsunfähig seit:** |  |
| **vorauss. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit**: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **festgestellt am:** |  | durch den **behandelnden Arzt**: |  |

 **Arbeitsunfall**: nein [ ]  ja [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum / Unterschrift Mitarbeiter/in**  |  |

**Sollten Sie keine schriftliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Ihrem Arzt erhalten, dann geben oder leiten Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Selbstaus-kunftsbogen umgehend an die Verwaltung (****verwaltung@stiftung-bruderhaus.de****) weiter. Vielen Dank!**