

Krankenkasse: Team: KK am Wohnort der/des Versicherten: Sachbearbeiter/in: Straße, Hausnr.: PLZ, Ort: Telefon: Fax: E-Mail:	 Servicezentrum AU Bochum Massenbergr. 19-21 44787 Bochum Telefon: 0234 588439-0 Fax: 0234 588439-98 E-Mail: Postfach-Bochum-AU@md-wl.de
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kurzbegutachtung:

Arbeitgeberzweifel

Informationen zur Untersuchung: <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 _____
