

Mandantennummer: \_\_\_\_\_

Mandantename: \_\_\_\_\_

## Krankmeldungen für den Antrag auf Erstattung der Lohnfortzahlung (sowie Ermittlung Beginn Anspruch auf Krankengeld)

Personal-Nr.	Name, Vorname	von - bis	Mit Krank- schreibung?	Hat AN am 1. Tag der Krankheit gearbeitet?	Arbeits- unfall?	Art der Bescheinigung	Kostenpflichtiger Abruf der eAU- Bescheinigung?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung <input type="checkbox"/> Station. Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein