

Dienststelle

LfF-Personalnummer									
Bearbeiter/-in									
Telefon									

Landesamt für Finanzen
56062 Koblenz

Mitteilung zum Beginn bzw. Ende einer Erkrankung / medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und zur Wiederaufnahme des Dienstes

Name / Vorname	Geburtsdatum
----------------	--------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

*** nicht Zutreffendes bitte streichen**

<input type="checkbox"/>	<p>Arbeitsunfähigkeit ohne Attest</p> <p>vom bis</p> <p>zuletzt gearbeitet am bis Uhr</p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>Arbeitsunfähigkeit mit Attest</p> <p>Erstbescheinigung ab bis/voraussichtlich *</p> <p>zuletzt gearbeitet am bis Uhr</p> <p>Folgebescheinigung ab bis/voraussichtlich *</p> <p><u>Neue</u> Erstbescheinigung ab bis/voraussichtlich *</p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<p>Arbeitsunfähigkeit aufgrund medizinischer Rehabilitationsmaßnahme</p> <p>angetreten am</p> <p>Das Einberufungsschreiben <input type="checkbox"/> liegt bei / Ihnen bereits vor *</p> <p><input type="checkbox"/> wird gesondert übermittelt</p> <p>Der/Die Beschäftigte ist am <input type="checkbox"/> arbeitsfähig</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig</p> <p>aus der med. Reha-Maßnahme entlassen worden</p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls oder Arbeitsunfalls</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall</p> <p>Datum/Uhrzeit des Unfalls/Arbeitsunfalls</p>
--------------------------	---

