|  |  |
| --- | --- |
| Name der Personaldienststelle | Ansprechpartner der Personalstelle: |
| Telefonisch zu erreichen unter: |
| E-Mail-Adresse: |
| NLBV  Ref. |  |

**Vorerkrankungsanfrage:**

**Mitteilung der Krankheitstage mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung   
einer/eines Tarifbeschäftigten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Aktenzeichen: |

|  |
| --- |
| Für o.g. Tarifbeschäftigte / Tarifbeschäftigten bitte ich um Vorerkrankungsanfrage bei der Krankenkasse für folgende Krankheitszeiträume: |
| aktuelle Arbeitsunfähigkeit seit        (Wenn am ersten Tag der Erkrankung noch gearbeitet wurde, ist hier der Folgetag einzutragen.)  **Das Ende der aktuellen Arbeitsunfähigkeit bzw. den Beginn einer etwaigen Zahlungseinstellung werde ich zeitnah mitteilen.** |
| bereits vorliegende / bekannte Vorerkrankungszeiten vor der aktuellen Erkrankung |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |
| von       bis |

|  |
| --- |
| Bemerkungen: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der Personaldienststelle |