

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

**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:
<input type="checkbox"/> aktuelle Arbeitsunfähigkeit seit Das Ende der aktuellen Arbeitsunfähigkeit bzw. den Beginn einer etwaigen Zahlungseinstellung teile ich zeitnah mit.
<input type="checkbox"/> bereits vorliegende / bekannte Vorerkrankungszeiten vor der aktuellen Erkrankung
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> von bis
<input type="checkbox"/> bei geringfügig Beschäftigten: Name der Krankenkasse (siehe AU Bescheinigung):
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift der Personaldienststelle