

# Auszahlungsschein für Krankengeld

Name, Vorname	Geburtsdatum
Arbeitsunfähigkeit seit	Versicherungsnummer

## Erklärung des Mitgliedes

Haben Sie Ihre Tätigkeit wieder aufgenommen?  ja  nein wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Rente aus der Sozialversicherung, Ruhegeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften, Entgeltersatz von einer anderen Stelle?  ja  nein wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Antrag auf Rente gestellt?  ja  nein wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Erhalten Sie neben dem Krankengeld Arbeitsentgelt/einkommen oder einen Zuschuss zum Krankengeld?  ja  nein wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

<b>X</b>
Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span>

## Bescheinigung des behandelnden Arztes oder der Klinik

Weiter arbeitsunfähig?  ja  nein Vorauss. Dauer bis \_\_\_\_\_

Nächster Untersuchungstermin \_\_\_\_\_ Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Diagnose(n) (bitte auf jeden Fall angeben) \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Empfehlungen:  MDK erbeten  med. Reha angezeigt  Stufenweise Wiedereingliederung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-------	-------------------------------------

Salus BKK  
Siemensstraße 5 a  
63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline  
0180 2 221322\*

\*Festnetzpreis 6 Cent/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 42 Cent/Min.