

Mitteilung der ärztlichen Arbeitsunfähigkeit (eAU)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber: _____

Arztbesuch am: _____

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: _____

Vsl. Ende der Arbeitsunfähigkeit: _____

Arbeitsunfall ja nein

Datum, Unterschrift Arbeitgeber

**Dieses Formular ist unverzüglich an die Besoldungsstelle weiterzuleiten.
(vorzugsweise per E-Mail an den jeweiligen Sachbearbeiter)**