ANTRAG ZUR TEILZEITIGEN ARBEITSWIEDERAUFNAHME WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Wichtig - Bitte lesen Sie die Anweisungen!

Ergänzen Sie dieses Formular, wenn Sie die Arbeit, während dem Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit, teilzeitig wieder aufnehmen möchten.

Es handelt sich entweder um die teilzeitige Wiederaufnahme

* der vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Berufstätigkeit oder
* einer neuen Erwerbstätigkeit oder
* einer Erwerbstätigkeit als Selbstständige(r)

die mit Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand vereinbar ist.

# Zweck des Formulars?

Dieses Formular besteht aus zwei Rubriken (eine administrative und eine medizinische). Füllen Sie beide aus und stellen Sie beide Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Regionaldienst der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung gleichzeitig zu.

# Wann soll ich das Formular zustellen?

Schicken Sie uns das Formular spätestens am ersten Arbeitstag vor der Arbeitswiederaufnahme.

Wenn Sie nicht rechtzeitig melden, dass Sie die Arbeit wieder aufnehmen, können Ihre Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen um 10 p.c. verringert werden oder sogar verweigert (in Anwendung der Häufungsregel mit dem Berufseinkommen aus der angepassten Erwerbstätigkeit).

# Beizulegende Dokumente

Legen Sie diesem Formular eine Kopie Ihres Arbeitsvertrags bei wenn

* Ihr Arbeitsvertrag angepasst oder geändert wurde
* Sie einen neuen Arbeitsvertrag erhalten haben

Wenn Sie noch nicht über die Änderungsklausel oder den neuen Arbeitsvertrag verfügen, brauchen Sie ihn/sie möglichst bald nach Empfang Ihrer Krankenkasse zu übermitteln.

Wenn sie Schwierigkeiten haben um dieses Formular zu ergänzen, können Sie zu jederzeit Kontakt mit Ihrer Krankenkasse aufnehmen.

# Rubrik 1: Meldung einer teilzeitigen Arbeitswiederaufnahme während der Arbeitsunfähigkeit

Ich, Unterzeichtnete(r): Name und Vorname (oder kleben Sie eine Vignette)

Nummer des Nationalregisters (ENSS):.. (siehe Rückseite Ihres Personalausweises)

Handy- oder Telefonnummer

E-Mail (fakultativ)

erkläre dass ich ab dem:

die Tätigkeit:

wieder aufnehme.

Mittels dieses Erlaubnisantrags, bitte ich den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um die Erlaubnis um eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Ich bestätige auf Ehrenwort dass die Angaben in diesem Formular genau und vollständig sind.

Ich bin mir dessen bewusst, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung eine Verwaltungs- oder gerichtliche Strafe zur Folge haben kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches).

Datum:

Unterschrift

# Rubrik 2: Erlaubnisantrag für die teilzeitige Wiederaufnahme der Arbeit während einer Arbeitsunfähigkeit, mit Erhalt der Arbeitsunfähigkeitserkennung.

Ich, Unterzeichtnete(r),

bitte den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um die Erlaubnis um ab dem (Tag/Monat/Jahr):

eine (Erwerbs)Tätigkeit aufzunehmen als:

## 1. Kreuzen Sie die zutreffende (Erwerbs)Tätigkeit an:

* Arbeiter(in)
	+ bei demselben Arbeitgeber
	+ bei einem anderen Arbeitgeber
* Angestellte(r)
	+ bei demselben Arbeitgeber
	+ bei einem anderen Arbeitgeber
* Selbständige(r)
* Jede andere Tätigkeit
* entlohnte Tätigkeit
* unentlohnte Tätigkeit

## 2. Welche Aufgaben werden Sie wahrnehmen?

Beschreiben Sie alle Tätigkeiten/Aufgaben einzeln und so konkret wie möglich.

## **3.** An welchen Tagen werden Sie arbeiten und wie viele Stunden:

* Ich arbeite mit einem veränderlichen Stundenplan (kein fester Stundenplan).

Anzahl Stunden pro Woche:

* Ich arbeite nach festem Stundenplan (füllen Sie auch nachstehenden Stundenplan aus).

Wenn Sie jede Woche an denselben Tagen und Stunden arbeiten, brauchen Sie nur eine Woche auszufüllen (1. Reihe nachstehender Tabelle):

Anzahl Stunden pro Woche:

Montag: von bis und von bis

Dienstag: von bis und von bis

Mittwoch: von bis und von bis

Donnerstag: von bis und von bis

Freitag: von bis und von bis

Samstag: von bis und von bis

Sonntag: von bis und von bis

Geben Sie eventuelle zusätzliche Informationen zu Ihrem Stundenplan an.

## **4.** Geben Sie folgende Daten an

Name des Arbeitgebers / der Einrichtung:

Adresse:

Tel.:

* Die Daten Ihres behandelnden Arztes (Name, Adresse, Telefon):

* Die Daten des Präventionsberaters/Betriebsarztes:

Ich bestätige, dass dieser Antrag wahrheitsgemäß erstellt wurde

Datum:

Unterschrift: