

Mitteilende Stelle	Datum	Personalnummer/Arbeitsgebiet
	Bearbeiter/in	Telefon
Name	Vorname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

**Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach**

Mitteilung der Arbeitsunfähigkeit und/oder der Wiederaufnahme der Arbeit ¹⁾

Arbeitsunfähigkeit

Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit ²⁾

Ging der Arbeitsunfähigkeit unmittelbar ein Erholungsurlaub voraus? ³⁾

nein

ja; der Erholungsurlaub hat begonnen am: _____

Angaben zur Wiederaufnahme der Arbeit

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit ⁴⁾

Erster Arbeitstag ⁵⁾

Wurde die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt?

(Auszufüllen i.V. mit den Angaben zur Wiederaufnahme der Arbeit)

ja ⁶⁾

nein

Grund der Arbeitsunfähigkeit ⁷⁾

Krankheit *

Unfall *

Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation

Arbeitsunfall / Berufskrankheit (Angabe erforderlich für Verdienstbescheinigung)

Sonstiger Grund

* Es bestehen Anhaltspunkte, dass die Arbeitsunfähigkeit wie folgt herbeigeführt wurde:

vorsätzlich/grob fahrlässig

während einer dem Arbeitgeber nicht angezeigten oder vom Arbeitgeber untersagten Nebentätigkeit

durch von einem Dritten zu vertretende Umstände

Name und Anschrift des Schädigers:

Name und Anschrift der Polizeidienststelle, die den Unfall aufgenommen hat:

Ergänzende Angaben:

Anlage/n:

Bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation:

- Bescheinigung über die Bewilligung der Maßnahme durch einen Sozialleistungsträger
- Ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der Maßnahme der medizinischen Vorsorge/Rehabilitation
- derzeit keine Anlage vorhanden; wird nachgereicht

Bei Anhaltspunkten, dass die Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich, grob fahrlässig/während einer dem Arbeitgeber nicht angezeigten oder vom Arbeitgeber untersagten Nebentätigkeit/durch von einem Dritten zu vertretende Umstände herbeigeführt wurde:

- Unfallbericht
- derzeit keine Anlage vorhanden; wird nachgereicht

Sonstige Anlagen:

- _____

Unterschrift