

Stempel der Krankenkasse

Personalien des Versicherten

Datum: _____

! Bitte eine Kopie an den Arbeitgeber geben !

An die Firma

Leistungen zur Rehabilitation

hier: Anspruch auf Lohn oder Gehalt nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die der/dem o.a. Versicherten von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung bewilligte Rehabilitationsmaßnahme wird am _____ angetreten.

War die/der Obengenannte innerhalb der letzten 6 Monate vor Reha-Beginn **wegen des zur Bewilligung führenden Leidens** arbeitsunfähig?

nein ja

Wenn ja:

a) während der laufenden Zwölf-Monats-Frist im Sinne von § 3 Abs. 1 Satz 2 EFZG (vom _____ bis _____) lag Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit (während desselben Beschäftigungsverhältnisses) vor

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

b) wird durch die jetzt bewilligte Rehabilitationsmaßnahme eine neue Zwölf-Monats-Frist im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 2 EFZG mit einem Anspruch auf Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen ausgelöst?

nein ja

Bankverbindung des Versicherten:

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

(Kreditinstitut)

(BLZ)

(Kontonummer)