

Dienststelle
--------------

LfF-Personalnummer									
Bearbeiter/-in									
Telefon									

Landesamt für Finanzen  
56062 Koblenz

### Mitteilung zum Beginn bzw. Ende einer Erkrankung / medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und zur Wiederaufnahme des Dienstes

Name / Vorname	Geburtsdatum
----------------	--------------

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

\* **nicht Zutreffendes bitte streichen**

<input type="checkbox"/>	<p><b>Arbeitsunfähigkeit ohne Attest</b></p> <p>vom ..... bis .....</p> <p>zuletzt gearbeitet am ..... bis ..... Uhr</p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p><b>Arbeitsunfähigkeit mit Attest</b></p> <p>Erstbescheinigung ab ..... bis/voraussichtlich * .....</p> <p>zuletzt gearbeitet am ..... bis ..... Uhr</p> <p>Folgebescheinigung ab ..... bis/voraussichtlich * .....</p> <p><u>Neue</u> Erstbescheinigung ab ..... bis/voraussichtlich * .....</p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<p><b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund medizinischer Rehabilitationsmaßnahme</b></p> <p>angetreten am .....</p> <p>Das Einberufungsschreiben <input type="checkbox"/> liegt bei / Ihnen bereits vor *</p> <p><input type="checkbox"/> wird gesondert übermittelt</p> <p>Der/Die Beschäftigte ist am ..... <input type="checkbox"/> arbeitsfähig</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig</p> <p>aus der med. Reha-Maßnahme entlassen worden</p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p><b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls oder Arbeitsunfalls</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall</p> <p>Datum/Uhrzeit des Unfalls/Arbeitsunfalls .....</p>
--------------------------	---

