

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>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<b>Wiedereingliederung</b> vom ..... bis ..... Der Wiedereingliederungsplan <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> liegt bei / Ihnen bereits vor *  <input type="checkbox"/> wird gesondert übermittelt         </span>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Wiederaufnahme des Dienstes nach Erkrankung/medizinischer Rehabilitationsmaßnahme/Wiedereingliederung</b> am .....
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Angaben zu regelmäßigen Arbeitstagen bei Teilzeitbeschäftigten mit unterschiedlichen Wochenarbeitstagen</b>																												
regelmäßige Arbeitstage wenn 2. Woche abweichend wenn 3. Woche abweichend	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">Mo</th><th style="padding: 2px;">Di</th><th style="padding: 2px;">Mi</th><th style="padding: 2px;">Do</th><th style="padding: 2px;">Fr</th><th style="padding: 2px;">Sa</th><th style="padding: 2px;">So</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<i>Beispiel:</i> 4-Tage-Woche 2-Tage-Woche	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">Mo</th><th style="padding: 2px;">Di</th><th style="padding: 2px;">Mi</th><th style="padding: 2px;">Do</th><th style="padding: 2px;">Fr</th><th style="padding: 2px;">Sa</th><th style="padding: 2px;">So</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
	Arbeitstag = <input checked="" type="checkbox"/> Dienstreier Tag = <input type="checkbox"/>																												

<input type="checkbox"/>	<b>Bemerkungen</b>
--------------------------	--------------------

.....  
 Ort/Datum ..... Unterschrift

**Erläuterungen:**

Das Formular LFF14\_DST040 ist ausschließlich zur Mitteilung von krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten der Beschäftigten (nicht des erkrankten Kindes) vorgesehen. Jeder Zeitraum des Fernbleibens vom Dienst wegen Arbeitsunfähigkeit ist gesondert anzuzeigen. Es ist auf den Tag genau anzugeben, ob eine Arbeitsunfähigkeit ohne oder mit Attest vorliegt (ggf. aufgrund einer med. Rehabilitationsmaßnahme/Wiedereingliederung oder aufgrund eines Unfalls/Arbeitsunfalls).  
*Beispiel:* 15.03.-16.03. ohne Attest; 17.03.-20.04. mit Attest;  
 21.04.-20.05. Reha; 21.05.-18.06. Wiedereingliederung

Bitte denken Sie in jedem Fall daran, den Tag der Wiederaufnahme des Dienstes mitzuteilen.

Das Formular wird auf der Internetseite des Landesamtes für Finanzen unter der Rubrik Vordrucke (<https://www.lff-rlp.de/service/vordrucke>) zur Verfügung gestellt.