



Universität Regensburg

Universität Regensburg

Regensburg, den

Abteilung/Fakultät/Institut/Lehrstuhl

Ansprechperson:

Telefonnummer:

(Bitte beides unbedingt angeben!)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

An die Personalabteilung der Universität Referat III/25

Im Hause

Bemerkung: Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage (bei Beamten: Arbeitstagen), so ist eine ärztliche Bescheinigung ab dem vierten Tag der Erkrankung vorzulegen.

K r a n k m e l d u n g

Name, Vorname		Geburtsdatum:	VIVA-Nr.:
<input type="checkbox"/> Nicht wissenschaftliches Personal (Angestellte/r, Techniker/in, Arbeiter/in)	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	Dienststelle, Dienstbezeichnung :	
<input type="checkbox"/> Wissenschaftliches Personal	<input type="checkbox"/> SHK		
Dienstunfähig seit:		Voraussichtlich dienstunfähig bis zum: <input type="checkbox"/> unbekannt	
mit ärztlicher Bescheinigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja <input type="checkbox"/> AU Papier <input type="checkbox"/> elektronische AU		Gesetzlich versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Erbringung der regelmäßigen Arbeitszeit im letzten halben Jahr im Rahmen von:			
<input type="checkbox"/> 5-Tage-Woche (Mo-Fr)		oder <input type="checkbox"/> regelmäßige Arbeitstage <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	
ggf. Änderung im letzten halben Jahr zum:			
falls ja: <input type="checkbox"/> 5-Tage-Woche (Mo-Fr)		oder <input type="checkbox"/> regelmäßige Arbeitstage <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	
Grund der Dienstunfähigkeit: <input type="checkbox"/> kein Unfall <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Unfallbericht folgt nach <input type="checkbox"/> Kur/Reha			
Wegen der Dienstunfähigkeit ist möglicherweise ein Dritter schadenersatzpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt			

Unterschrift des/der Vorgesetzten