

# Mitteilung über die Wiederaufnahme der Arbeit

## Krankenversicherung - Geldleistungen Selbständige



Vom Versicherten innerhalb von 48 Stunden nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit oder des Mutterschaftsurlaubs bzw. Pflegeelternurlaubs an den Vertrauensarzt der Krankenkasse zu senden.

### Daten zur Person

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Hausnummer: ..... Briefkasten: ..... Index: .....

Postleitzahl: ..... Ort: ..... Land: .....

Tel.: ..... E-Mail-Adresse: .....

Nummer des Nationalregisters:

Aktennummer: .....

Ihre derzeitige Anschrift (sofern nicht dieselbe wie der Hauptwohnsitz)

.....  
.....

### Erklärung

Der/die Unterzeichnete, .....

Selbständige(r),

helfende(r) Partner(in),

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

setzt den Vertrauensarzt hierdurch über die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Kenntnis

ab dem:  -  -

Datum:  -  -

Unterschrift des/der Selbständigen