

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer



**Deutsche Post**

**ANTWORT**

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## Nachweis des Beschäftigungsverbot

### Angaben zum Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Arbeitgebernummer: \_\_\_\_\_

### Art des Beschäftigungsverbot

Für unsere Mitarbeiterin \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ oder Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

liegt ab dem \_\_\_\_\_ ein

**individuelles Beschäftigungsverbot** vor. Eine Kopie des ärztlichen Attests erhalten Sie mit diesem Schreiben.  
Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.

**generelles Beschäftigungsverbot** vor.  
Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.

Wir bestätigen, dass eine der in diesen Vorschriften aufgeführten Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz bei unserer Arbeitnehmerin vorliegt. Eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen Arbeitsplatz ohne diese Beeinträchtigungen ist nicht möglich.

### Zeitraum des Beschäftigungsverbot und mutmaßlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsverbot vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Unsere Mitarbeiterin wird voraussichtlich entbinden am \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

### Angaben für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Telefon, freiwillige Angabe

\_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Unterschrift, Stempel

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.



500362562052