
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.

503213983155

