Frau

Vorname Nachname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Rentenversicherungs-Nummer

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Nachweis des Beschäftigungsverbots

Angaben zum Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers

Arbeitgebernummer

Art des Beschäftigungsverbotes

Für unsere Mitarbeiterin Frau

Rentenversicherungs-Nummer oder Geburtsdatum

liegt ab dem ein

☐ **individuelles Beschäftigungsverbot** vor. Eine Kopie des ärztlichen Attests erhalten Sie mit diesem Brief.
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 Beschäftigungsverbots und mutmaßlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsverbot vom Tag Monat Jahr bis zum 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.

5039584749 54