Bürohaus DRS Wrankmore

Krankmeldung

Name, Vorname Mitarbeiter/in:	**Geburtsdatum:**	◯	eigene Krankheit
		◯	Kind Krank

zutreffende Spalten bitte ankreuzen

Krankheit von	Krankheit bis	Ärztliche Bescheinigung	
		eAU	ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (max. 3 Tage)
		◯	◯
		◯	◯
		◯	◯
		◯	◯
		◯	◯
		◯	◯
		◯	◯

Datum der Krankmeldung

Krankheit aufgrund Arbeits- / Wegeunfall: ◯ ja ◯ nein

Unfallanzeige: ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor ☐ wird nachgereicht

Senden

oder per Mail an hauslohn@wrankmore.de