|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Einrichtung  (Klinik, Abteilung, Betriebseinheit, Geschäftsbereich) |  | Telefon | Datum |
|  | |

An den

Geschäftsbereich Personal

- G3-21\_\_\_\_\_ -

durch Hauspost

# Mitteilung über eine Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeit

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Für Name, Vorname, Amts-, Funktionsbezeichnung | | Personalnr. | | | | | | | Telefon | Beschäftigte/r  Ärztin/Arzt  Beamtin/Beamter  Auszubildende/r  wissenschaftl. Hilfskraft  studentische Hilfskraft |
|  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| Dienst- bzw. arbeitsunfähig  seit | Ist die Arbeit inzwischen wieder aufgenommen worden?  ja, am        nein | | | | | | | | |  |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | |
| **Anlage:**       Bescheinigung(en) über Dienst- bzw.  Arbeitsunfähigkeit | | | | | | Unterschrift des Leiters/der Leiterin der Einrichtung bzw. des Geschäftsbereiches oder des/der Beauftragten | | | | |

# Erklärung des/der Bediensteten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liegt ein Dienst- oder Arbeitsunfall vor? | nein  ja | Ich nehme zur Kenntnis, dass die Zahlung der Krankenbezüge / Dienstbezüge unter dem Vorbehalt der Rückforderung für den Fall erfolgt, dass bei einer Prüfung gesetzliche, tarifliche oder sonstige Ausschlussgründe festgestellt werden. |
| Liegt ein Wegeunfall vor? | nein  ja |
| Liegt ein privater Unfall vor? | nein  ja |
| Ist die Arbeitsunfähigkeit unter Beteiligung eines Dritten verursacht worden? | nein  ja | Unterschrift des/der Bediensteten, Datum |

|  |
| --- |
| Bearbeitungsvermerk(wird ausschließlich vom Geschäftsbereich Personal ausgefüllt) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G3-21...... Datum..................................   1. Prüfung a) des Bezuges von Krankenbezügen/Krankengeldzuschuss, b) der dauerhaften Dienstunfähigkeit  |  |  | | --- | --- | | § 22 TV-L  i.V.m. § 13 Abs.1 TVÜ-L  § 22 TV-Ärzte  i.V.m. § 10 Abs.1 TV-Ärzte | § 22 TV-L i.V.m. § 13 Abs.3 TVÜ-L  § 22 TV-Ärzte i.V.m. § 10 Abs.3 TVÜ-Ärzte | | Beschäftigungszeitbeginn | Dienstzeitbeginn | | Krankenbezüge bis | Krankenbezüge bis | | Krankengeldzuschuss bis | Bezugsfrist erhöht sich ab: | | Bezugsfrist erhöht sich ab: |  | | Vorerkrankungen:  nein  ja | Vorerkrankungen:  nein  ja |   Dienstbezüge / Ende der 3-Monatsfrist: …………………………………………………………   1. Schadensersatzansprüche gegen Dritte sind zu prüfen:  nein  ja 2. IT 699 prüfen (bei Entgeltumwandlung ist der IT mit Ablauf der 6-wöchigen EFZ-Frist abzugrenzen) 3. bei ATZ und Arbeitsunfähigkeit über die Dauer der Entgeltfortzahlung hinaus: Verlängerung Arbeitsphase gem. § 8 Abs. TV-ATZ  ja  nein 4. Bei Erkrankungen von über 39 Wochen am Stück: Prüfung der Stufenlaufzeit gem. §§16, 17 TV-L/TV-Ärzte 5. G3-2211      zur Kenntnis und weiteren Veranlassung   🡪 Achtung! Erfassung auch für nach Dienstplan freie Tage, Wochenenden und Feiertage!    (Unterschrift) |
| G3-22  Eingabe SAP am:    (Unterschrift) |