

Universität Bayreuth
 Institut/Lehrstuhl/Abteilung usw.

Fernsprecher, Nebenstelle

Ort, Datum

Bitte in einfacher Ausfertigung
 An die
 Personalabteilung
 der Universität Bayreuth

- Mitteilung der Arbeitsunfähigkeit
- Mitteilung der Gesundheitsmeldung nach Arbeitsunfähigkeit von
- TV-L Beschäftigten
- Beamten/innen

Name, Vorname, Geburtsdatum	Arbeitsgruppe	Personalnummer
-----------------------------	---------------	----------------

1.	Beginn der Arbeitsunfähigkeit (1. voller Tag - vgl. § 187 BGB) <input type="checkbox"/> nur eintägige Arbeitsunfähigkeit Ende der Arbeitsunfähigkeit (letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit) Zahl der Arbeitstage: oder <input type="checkbox"/> bis auf weiteres voraussichtliche Dauer: Bitte beachten: Neue Mitteilung nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich
2.	Grund der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Kur Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bzw. Bewilligungsbescheid für die Kur liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde Anerkannter Arbeitsunfall bzw. anerkannte Berufskrankheit i.S. des SGB VII <input type="checkbox"/> ja - Bescheid liegt vor <input type="checkbox"/> nein
3.	Verteilung der regelmäßigen wöchentl. Arbeitszeit
3.1	Beschäftigte <input type="checkbox"/> Fünftagewoche <input type="checkbox"/> -Tagewoche wie folgt (bitte Stunden eintragen): Mo. Di. Mi. Do. Fr.
4.	Änderung der vereinbarten regelmäßigen Arbeitszeit seit Beginn des vorangegangenen Kalenderjahres <input type="checkbox"/> ja – seit
5.	Sonstiges
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt: _____ (Unterschrift)	

Nur bei Beschäftigten:

An das Landesamt für Finanzen Dienststelle Bayreuth Bezügestelle -Arbeitnehmer- Tunnelstraße 2 95444 Bayreuth	Vermerke: Kopie an Landesamt versandt: Datum.....Unterschrift.....
---	---