

[Name der zuständigen Krankenkasse]

[Logo des Jobcenters]

[Sitz der zuständigen Krankenkasse]

Ansprechpartner/in _____
Telefon-Nr. _____

Ansprechpartner/in _____
Telefon-Nr. _____

Auftrag

zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit (AU) gemäß der Vereinbarung nach § 56 Absatz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)

Angaben des Jobcenters an die Krankenkasse

Name, Vorname [Name], [Vorname] Geburtsdatum [Geburtsdatum]

Krankenversichertennummer [Krankenversichertennummer]

Kundennummer des Jobcenters [Kundennummer]

Beginn der AU [Datum] Voraussichtliches Ende der AU [Datum]

☐ Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit soll aufgrund einer konkreten Eingliederungsmaßnahme mit den in der Anlage beigefügten Tätigkeitsmerkmalen erfolgen.

Name des Arztes [Vorname Name]

Anschrift des Arztes [Straße] [Hausnummer]
[Postleitzahl] [Stadt]

Vertragsarzt Nummer [Vertragsarzt Nummer]

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

[Name der zuständigen Krankenkasse]
[Sitz der zuständigen Krankenkasse]

[Logo des Jobcenters]

Ansprechpartner/in _____
Telefon-Nr. _____

Ansprechpartner/in _____
Telefon-Nr. _____

Ergebnismitteilung

zum Auftrag des Jobcenters zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit (AU) gemäß der Vereinbarung nach § 56 Absatz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) vom [Datum]

Angaben der Krankenkasse

Name, Vorname [Name], [Vorname] Geburtsdatum [Geburtsdatum]
Krankenversichertennummer [Krankenversichertennummer]
Kundennummer des Jobcenters [Kundennummer]

Ergebnis:

- ☐ Kein Eingang einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung innerhalb von 2 Wochen nach Auftrag.
- ☐ Kein abweichendes Ergebnis zur Feststellung des Vertragsarztes.
- ☐ Arbeitsunfähigkeit lag für den gesamten Zeitraum nicht vor.
- ☐ Arbeitsunfähigkeit lag vom _____ bis _____ nicht vor.
- ☐ Arbeitsfähigkeit besteht/bestand voraussichtlich ab _____.
- ☐ Zum Begutachtungstermin nicht erschienen.

Das Ergebnis wurde festgestellt

- ☐ unmittelbar durch die Krankenkasse nach Aktenlage.
- ☐ aufgrund einer Begutachtung durch den MDK:
 - ☐ nach Aktenlage.
 - ☐ nach persönlicher Befunderhebung in der MDK-Beratungsstelle.
 - ☐ nach persönlicher Befunderhebung im Hausbesuch.
 - ☐ nach Aktenlage (Vorprüfung) in Fällen, in denen der Versicherte trotz Notwendigkeit einer persönlichen Befunderhebung nicht zur Begutachtung erschienen ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Das Widerspruchs-/Einspruchsergebnis wurde festgestellt

- ☐ unmittelbar durch die Krankenkasse nach Aktenlage.
- ☐ aufgrund einer Begutachtung durch den MDK:
 - ☐ nach Aktenlage.
 - ☐ nach persönlicher Befunderhebung in der MDK-Beratungsstelle.
 - ☐ nach persönlicher Befunderhebung im Hausbesuch.
 - ☐ nach Aktenlage (Vorprüfung) in Fällen, in denen der Versicherte trotz Notwendigkeit einer persönlichen Befunderhebung nicht zur Begutachtung erschienen ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____