

E-Mail
Telefon

Bitte für Beamtinnen und Beamte in **einfacher**, für Beschäftigte, Studierende mit wiss. Hilfstätigkeiten und wiss. Hilfskräfte in **zweifacher** Ausfertigung mit ORIGINAL AU-Bescheinigung an die zuständige Personalverwaltung der Technischen Universität München

- Zentralabteilung 2, Abteilungssekretariat München
- Zentralabteilung 2, Referat 23, Garching
- Zentralabteilung 2, Referat 24, Weihenstephan

- Erstmeldung der Arbeitsunfähigkeit**
- Folgemeldung der Arbeitsunfähigkeit**
- Gesundmeldung einer/eines**
- Beschäftigten**
- Beamtin/Beamten**
- Studierenden mit wiss. Hilfstätigkeiten, wiss. Hilfskraft**

Name, Vorname, Geburtsdatum	Arbeitsgruppe (LfF)	Personalnummer (LfF)
-----------------------------	---------------------	----------------------

1. **Beginn** der Arbeitsunfähigkeit **eintägige Arbeitsunfähigkeit** **bis auf weiteres**
 (Erster voller Tag der Arbeitsunfähigkeit)

Ärztl. Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit, bzw. Bewilligungsbescheid für Maßnahme zu med. Vorsorge oder REHA liegt vor Ja Nein

Aktuelle ärztl. Bescheinigung **ausgestellt am**

Beginn laut ärztl. Bescheinigung

Voraussichtlich bis laut ärztl. Bescheinigung

2. **Gesundmeldung:** Dienstantritt am

Bitte beachten Sie: Wir benötigen eine neue Mitteilung wenn die/der Erkrankte den Dienst wieder antritt

Ärztliche Bescheinigung endet am

3. **Grund der Arbeitsunfähigkeit** Krankheit Maßnahmen zu med. Vorsorge/REHA

Unfall privat bei dem Unfall liegt Ja
 dienstlich ein Fremdverschulden vor Nein

Anerkannte(r) Dienstunfall/Berufskrankheit Ja Dienstunfall am

4. Verteilung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit im letzten halben Jahr

Fünftagewoche
 -Tagewoche (bei einer 1-4 Tagewoche die Wochentage ankreuzen)
 Mo. Di. Mi. Do. Fr

(etwaige Änderungen der Arbeitszeitverteilung im letzten halben Jahr sind unter 6. Sonstiges mitzuteilen)

5. Erkrankung des Kindes

Freistellung von der Arbeitsleistung gem. § 45 SGB V zur Betreuung eines erkrankten Kindes unter Wegfall der Vergütung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Vom bis **Attest liegt vor** Ja Nein

6. Sonstiges

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Bearbeitungsvermerk Landesamt für Finanzen

Ort, Datum

Unterschrift

.....

Name (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift