OHV DOCS

Anmeldung zur AU-Bescheinigung

Bei leichten Erkrankungen ohne schwere Symptome

Digital ausfüllen / Speichern / Ausdrucken / Unterschreiben

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular anschließend an die Praxis.

01 Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

02 Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Datumsangaben bitte als TT.MM.JJJJ.

03 Gewünschter AU-Zeitraum

Von

Bis

Folgebescheinigung

☐ Ja ☐ Nein

AU-Beginn: maximal 3 Werktage rückwirkend (Mo-Sa, ohne Feiertagsprüfung).

04 Erklärung und Unterschrift

Ich verzichte ausdrücklich auf Arztvorstellung.

Datum

31.10.2026

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Bitte nach dem Ausdrucken handschriftlich unterschreiben.