

# ANTRAG ZUR TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEITSPERIODE (ARBEITNEHMERSTATUT)

**Wichtig: Lesen Sie nachstehende Informationen zuerst!**

## Wozu dient dieser Antrag?

Falls Sie während der Arbeitsunfähigkeitsperiode wieder teilweise eine Arbeit aufnehmen möchten, füllen Sie diesen Antrag aus.

Bei der teilweisen Wiederaufnahme kann es sich entweder handeln um:

- die berufliche Tätigkeit, welche Sie vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben  
oder
- eine neue/andere berufliche Tätigkeit  
oder
- eine Tätigkeit als Selbständiger (nebenberuflich),  
· jede andere (bezahlte oder nicht-bezahlte) Tätigkeit

die mit Ihrem Gesundheitszustand vereinbar ist.

## Wem müssen Sie diesen Antrag zukommen lassen?

Senden Sie diesen Vordruck, nachdem Sie diesen vollständig (Rubrik 1 und Rubrik 2) ausgefüllt haben, an den Medizinischen Dienst unserer Krankenkasse.

## Wann müssen Sie diesen Antrag einreichen?

Senden Sie uns diesen Antrag **spätestens am letzten Werktag vor der Wiederaufnahme der Arbeit** zu.

Falls Sie uns nicht rechtzeitig über die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit informieren, kann die Krankengeldleistung um **10% verringert oder sogar verweigert** werden, dies in Anwendung der vorgesehenen Kumulierungsvorschrift, falls Sie Berufseinkünfte erhalten, die aus der entsprechenden Aktivität hervorgehen.

## Beizufügende Dokumente

Fügen Sie diesem Antrag eine Kopie des Arbeitsvertrages bei, falls

- Ihr Arbeitsvertrag angepasst oder abgeändert wurde  
oder
- Sie einen neuen Arbeitsvertrag erhalten haben.

Insofern Sie noch nicht über diese Vertragsänderung oder über den neuen Arbeitsvertrag verfügen, reichen Sie unserer Krankenkasse bitte sofort nach Erhalt eine Kopie dieser Unterlagen nach.

Sie müssen eine Kopie des Vertrages über die Beschäftigung im Rahmen der Vereinsarbeit beifügen, wenn Sie eine Tätigkeit in diesem Rahmen ausüben.

**Beim Ausfüllen dieses Dokumentes sind wir Ihnen gerne behilflich!**

**Rubrik 1: Mitteilung über die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeitsperiode (Arbeitnehmerstatut)**

Ich Unterzeichnete(r): Name und Vorname (oder hierhin eine Vignette kleben):  
.....  
Nationalregisternummer (INSS) (Siehe Rückseite des Personalausweises):  
.....  
Mobil- oder Festnetznummer: .....  
E-Mail-Adresse: .....

erkläre, dass ich ab dem .....  
folgende Tätigkeit aufnehmen werde .....

Ich erkläre auf Ehrenwort, dass alle in diesem Vordruck enthaltenen Angaben vollständig und korrekt sind.  
Ich weiß, dass eine falsche, ungenaue oder unvollständige Erklärung eine Verwaltungsstrafe oder gerichtliche Strafverfolgung nach sich ziehen kann (Artikel 233 des sozialen Strafgesetzbuches)  
Datum: ...../...../.....  
Unterschrift

**Mit dem nachstehenden Genehmigungsantrag bitte ich den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um Erlaubnis, diese Tätigkeit ausüben zu dürfen.**

Gemäß der EU Verordnung 2016/679, informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Kompetenzen, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Kompetenzen, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy) oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.



**2. Welche Aufgaben werden Sie ausführen? Beschreiben Sie detailliert und so genau wie möglich alle Aktivitäten/Arbeiten, die Sie durchführen werden.**

.....

.....

.....

.....

**3. Vermerken Sie bitte die Tage und Stunden an denen Sie arbeiten werden:**

Anzahl Stunden pro Woche: .....

Ich arbeite nach einem festen Stundenplan: füllen Sie bitte in diesem Falle die nachstehende Tabelle aus.

Bei gleichbleibender wöchentlicher Tages- und Stundenanzahl nur die Rubrik „Woche 1“ ausfüllen.  
( 1. Zeile der nachstehenden Tabelle)

	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
<b>Woche 1</b>	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
<b>Woche 2</b>	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
<b>Woche 3</b>	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
<b>Woche 4</b>	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis
	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis	Von Bis

Ich arbeite nach einem variablen Stundenplan (kein fester Stundenplan)

Bitte vermerken Sie jede andere nützliche Information in Bezug auf Ihren Stundenplan:

.....

.....

.....

**Vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit habe ich ..... Stunden pro Woche gearbeitet.**

**4. Vervollständigen Sie nachstehende Angaben**

Name Ihres Arbeitgebers/der Organisation:

.....

Adresse: .....

Tel.: .....

**Wichtig: Der Arbeitgeber muss sich mit der teilweisen Wiederaufnahme sowie mit dem angegebenen Stundenplan einverstanden erklärt haben.**

Die Angaben Ihres behandelnden Arztes (Name, Adresse, Telefonnummer):

.....  
.....  
.....

Insofern Sie über diese Angaben verfügen:

Die Angaben des Gefahrenverhütungsberaters – Arbeitsmedizin:

.....

**Ich bestätige, dass der vorliegende Antrag vollständig und korrekt ist.**

Datum: ...../...../.....

Unterschrift:

Gemäß der EU Verordnung 2016/679, informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Kompetenzen, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Kompetenzen, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy) oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.