

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Hessen		
Name, Vorname des Versicherten Lida Sofiane		
		geb. am 28.11.1995
Frankfurter straße 225 35398 Gießen		
Kostenträgerkennung 105313145	Versicherten-Nr. C192232353	Status [REDACTED]
Betriebsstätten-Nr. [REDACTED]	Arzt-Nr. 528789403	Datum 26.11.2025

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung **1**

☒ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

26.11.2025

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

27.11.2025

festgestellt am

26.11.2025

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Frankfurter Straße 589
51145 Köln

Tel: 089 143777489

Herr Dr. med. Johannes Stein

Arzt in Weiterbildung für

Allgemeinmedizin

528789403

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Ausgestellt und signiert über TeleClinic

Herr Dr. med. Stein

Zeitstempel: 26.11.2025, 14:27 Uhr

Dokumentenversion: 1.0.2

Dokumententyp: e010

PRF.NR. KBV-Prüfnummer

Y/80/2302/36/747