

IKK BB Arbeitgeberbetreuung
Ziolkowskistrasse 6
14480 Potsdam

Angaben zum Arbeitgeber	
Name _____	Betriebsnummer _____
Art des Beschäftigungsverbots	
Für unsere Mitarbeiterin Frau _____	
Rentenversicherungs-Nr. _____ oder Geburtsdatum _____._____._____	
liegt ab dem _____._____._____ ein	
<input type="checkbox"/> individuelles Beschäftigungsverbot vor. Eine Kopie des ärztlichen Attests erhalten Sie mit diesem Brief. Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.	
<input type="checkbox"/> generelles Beschäftigungsverbot vor. Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.	
Wir bestätigen, dass eine der in diesen Vorschriften aufgeführten Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz bei unserer Arbeitnehmerin vorliegt. Eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen Arbeitsplatz ohne diese Beeinträchtigungen ist nicht möglich.	
Zeitraum des Beschäftigungsverbots und mutmaßlicher Entbindungstermin	
Beschäftigungsverbot vom _____._____._____ bis zum _____._____._____	
Unsere Mitarbeiterin wird voraussichtlich entbinden am _____._____._____	
Angaben für Rückfragen	
Telefonnummer _____ / _____ *freiwillige Angabe	
Datum _____	Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers _____
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.	