

IKK BB Arbeitgeberbetreuung  
Ziolkowskistrasse 6  
14480 Potsdam

<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>	
Name	Betriebsnummer
<hr/>	
<b>Art des Beschäftigungsverbots</b>	
Für unsere Mitarbeiterin Frau _____	
Rentenversicherungs-Nr. _____ oder Geburtsdatum _____	
liegt ab dem _____ ein	
<input type="checkbox"/> <b>Individuelles Beschäftigungsverbot</b> vor. Eine Kopie des ärztlichen Attests erhalten Sie mit diesem Brief. Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.	
<input type="checkbox"/> <b>generelles Beschäftigungsverbot</b> vor. Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.	
<input type="checkbox"/> <b>teilweises Beschäftigungsverbot</b> für täglich _____ Stunden 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.	
<b>Zeitraum des Beschäftigungsverbots und mutmaßlicher Entbindungstermin</b>	
Beschäftigungsverbot vom _____ bis zum _____	
Unsere Mitarbeiterin wird voraussichtlich entbinden am _____	
<b>Angaben für Rückfragen</b>	
Telefonnummer _____ / _____ *freiwillige Angabe	

Datum	Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers
<hr/> <hr/>	
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.	