

Eingelangt am:



universität  
wien

**Personaladministration**  
**DLE Personalwesen und Frauenförderung**  
Universität Wien  
Universitätsring 1  
A – 1010 Wien

**Krank- bzw. Gesundheitsmeldung (PA/K1)**  
**Notification of Sickness resp. Return to Work after Sickness (PA/K1)**

**Krankmeldung**  **Gesundmeldung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
**Notification of sickness** **Notification of return to work after sickness** (Please tick as appropriate)

**Angaben zur Person/Personal Data** (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen/Please tick and fill in as appropriate)

Wissenschaftliches Universitätspersonal  Allgemeines Universitätspersonal  
Scientific university staff Non-scientific university staff

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
Social security number: \_\_\_\_\_ Date of birth (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_

**Angaben zum Arbeitsplatz/Details on workplace**

Bezeichnung der Organisationseinheit: \_\_\_\_\_  
Name of Organizational Unit: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Subeinheit: \_\_\_\_\_  
Name of Sub-unit: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telephone number: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankmeldung/Details on notification of sickness**

Letzter Arbeitstag (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Beginn der Arbeitsunfähigkeit (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
Last working day (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_ Begin of inability to work (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_  
Arbeitsunfall:  Nein  Ja Tag des Arbeitsunfalls (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
Accident at work:  No  Yes Day of accident at work (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_

**Angaben zur Gesundheitsmeldung/Details on notification of return to work after sickness**

Ende der Arbeitsunfähigkeit (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Wiederantritt des Dienstes(TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
End of inability to work (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_ Day of return to work (DD.MM.YYYY): \_\_\_\_\_  
Dauer der Erkrankung (Anzahl der Kalendertage): \_\_\_\_\_  
Duration of sickness (number of calendar days): \_\_\_\_\_

Beilage(n): 

- Ärztliche Bestätigung (bei Verhinderung von mehr als drei Arbeitstagen)/

Enclosure(s): 

- Medical certificate (if inability to work lasts more than three working days)
- Durchschlag der Unfallanzeige/copy of notice of accident

**Unterschrift zuständige Person Zeitmanagement/Signature Person resp. for Time Management**

Datum  
Date

Unterschrift zuständige Person Zeitmanagement  
Signature Person responsible for Time Management