

KRANKENSTANDSKARTE

Name: _____

Eintrittsdatum: _____

Anspruch Arb./Kal-Tage: _____

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30.	31.	verbr.	
Jänner																																	
Februar																																	
März																																	
April																																	
Mai																																	
Juni																																	
Juli																																	
August																																	
September																																	
Oktober																																	
November																																	
Dezember																																	
Restanspruch																																	

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30.	31.	verbr.	
Jänner																																	
Februar																																	
März																																	
April																																	
Mai																																	
Juni																																	
Juli																																	
August																																	
September																																	
Oktober																																	
November																																	
Dezember																																	
Restanspruch																																	