

Detailliertes Arztzeugnis (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum Untersuch / Konsultation	Grad der Arbeitsunfähigkeit		Gültig ab	Unterschrift Arzt / Ärztin
	in % der Zeit	in % der Leistung		

Es handelt sich um: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Schwangerschaft / Mutterschaft

Er / Sie kann während der **reduzierten Arbeitsfähigkeit** die folgenden Tätigkeiten nicht ausführen:

Hingegen kann er / sie folgende Tätigkeiten ausführen:

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte auf Grund von:

- ☐ objektiv vom Arzt / der Ärztin festgestellten Befunden
- ☐ Angaben des Patienten / der Patientin.

Ab folgendem Datum können voraussichtlich **präzisere Angaben** zur **Arbeitsfähigkeit** gemacht werden: .

Bemerkungen:

Ort und Datum:

**Stempel und eigenständige Unterschrift
des Arztes / der Ärztin:**

Der Arbeitgeber ist bei Bedarf für die Weiterleitung des detailliertes Arztzeugnisses an weitere Stellen wie Vertrauensarzt, SUVA, Krankentaggeldversicherer, Invalidenversicherung verantwortlich.