

Detalliertes Arzteugnis (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum der ersten Konsultation:

Datum der nächsten Konsultation	Datum der erfolgten Konsultation	Arbeitsfähigkeit in %

Es handelt sich um: Krankheit Unfall Schwangerschaft / Mutterschaft

Die **Teilarbeitsfähigkeit** ergibt sich aus: % Arbeitszeit % Arbeitsleistung

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.

Ort und Datum:

Stempel und eigenständige Unterschrift
des Arztes / der Ärztin:

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