



ÄRZTLICHE RUHEBESCHEINIGUNG

Bescheinigung wegen Krankheit

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____ Fachgebiet: _____
Einrichtung / Gesundheitszentrum: _____ Anschrift: _____

BESCHEINIGT, DASS:

Patient/in: _____ Geschlecht: _____

Ausweisdokument: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

EMPFOHLENER RUHEZEITRAUM:

Von: _____ Bis: _____ Tage gesamt: _____
Art der Ruhe: _____ ☐ Teilweise ☐ Vollständig

DIAGNOSE (ICD-10):

ANWEISUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN WÄHREND DER RUHEZEIT:

Nächste ärztliche Kontrolle: _____ ☐ Dringend ☐ Geplant

Diese Ruhebescheinigung wird ausgestellt in: _____ am _____.

Unterschrift und Stempel

Ärztin/Arzt: _____

Berufsreg.-Nr.: _____