

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER RUHEZEIT

Krankheitsbescheinigung · Arbeitsunfähigkeit

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Fachgebiet: _____ Gesundheitszentrum: _____

HIERMIT WIRD BESCHEINIGT:

Patient/in: _____

Ausgewiesen durch: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

BENÖTIGT RUHE FÜR FOLGENDEN ZEITRAUM:

Beginn der Ruhezeit: _____ Ende der Ruhezeit: _____

Anzahl Tage: _____ Form: ☐ Ruhe zu Hause ☐ Stationär ☐ Teilweise Ruhe

DIAGNOSE / MEDIZINISCHER GRUND:

EINSCHRÄNKUNGEN UND EMPFEHLUNGEN:

Ausgestellt in: _____ am _____.

Datum
__ / __ / ____

Unterschrift und Stempel
Ärztin/Arzt: _____