

ÄRZTLICHE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Krankheitsbedingte Ruhe · Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

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

DIE UNTERZEICHNENDE FACHPERSON BESCHEINIGT:

Patient/in: _____ Akten-Nr.: _____

Ausweis / Dokument: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

ZEITRAUM DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT / RUHE

Beginn: _____ Ende: _____ Tage: _____

Art: ☐ Zu Hause ☐ Stationär ☐ Teilweise ☐ Vollständig

Kontrolle: ☐ Ja ☐ Nein

DIAGNOSE (ICD-10):

MEDIZINISCHE ANMERKUNGEN UND EMPFEHLUNGEN:

Ausgestellt in: _____ am _____.

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