

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DEN ARBEITSPLATZ

Ärztliche Bescheinigung · Arbeitsnachweis

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Berufsreg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Praxis / Einrichtung: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## BESCHEINIGUNG FÜR ARBEITZWECKE

Arbeitnehmer/in: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Ausweisdokument: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Unternehmen / Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

### ÄRZTLICHER TERMIN / ENTSCULDIGTER ARBEITSAusFALL

Termin am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit des Termins: \_\_\_\_\_ Rückkehr zur Arbeit: \_\_\_\_\_

Zeitraum der entschuldigten Abwesenheit: \_\_\_\_\_

Art der Wiedereingliederung: ☐ Präsenz ☐ Homeoffice ☐ Reduzierte Arbeitszeit

#### Einschränkungen:

☐ Keine ☐ Keine körperliche Belastung ☐ Homeoffice empfohlen ☐ Teilzeit

### ANLASS / ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANGABE:

### EMPFEHLUNGEN AN DEN ARBEITGEBER:

Ausgestellt in: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Berufsreg.-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_