

BESCHEINIGUNG ZUR WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT

Ärztliche Freigabe · Return-to-Work-Bescheinigung

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

Gesundheitseinrichtung: _____ Ort: _____

ÄRZTLICHE FREIGABE UND ARBEITSFÄHIGKEIT WERDEN BESCHEINIGT

Name der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers: _____

Ausweisdokument: _____ Unternehmen / Arbeitsstätte: _____

Tätigkeit / Position: _____

ÄRZTLICHE FREIGABE ERTEILT - ARBEITSFÄHIG

Freigabe ab: _____ Arbeitsaufnahme am: _____

☐ Vollständig ohne Einschränkungen ☐ Stufenweise Wiedereingliederung ☐ Mit ärztlicher Nachkontrolle

BEDINGUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE RÜCKKEHR:

REFERENZDIAGNOSE / VORHERIGER KRANKHEITSGRUND:

Ausgestellt in: _____

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