

DETAILLIERTES ARZTZEUGNIS (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name und Vorname Patient/-in: _____

Geburtsdatum: _____ Pensum (Stellenprozente): _____

Arbeitgeber/-in: _____

Datum der ersten Konsultation: _____

| Datum der nächsten Konsultation | Datum der erfolgten Konsultation | Arbeitsfähigkeit in % |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Es handelt sich um: **Krankheit** **Unfall** **Schwangerschaft**
 Die **Teilarbeitsfähigkeit** ergibt sich aus: _____ % Arbeitszeit _____ % Arbeitsleistung

Er/sie **kann** während der **reduzierten Arbeitsfähigkeit** folgende Tätigkeiten ausführen:

Er/sie **kann** während der **reduzierten Arbeitsfähigkeit** die folgenden Tätigkeiten **nicht** ausführen:

Die Betreuung der/des Arbeitnehmenden (Case Management) ist zu empfehlen.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte auf Grund von:

- objektiv vom Arzt/von der Ärztin festgestellten Befunden
- Angaben des Patienten/der Patientin

