EINFACHES ARZTZEUGNIS

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum der ersten Konsultation:

Datum der nächsten Konsultation	Datum der erfolgten Konsultation	Arbeitsfähigkeit in %	gültig ab

Es handelt sich um: ☐ **Krankheit** ☐ **Unfall** ☐ **Schwangerschaft / Mutterschaft**

Die **Teilarbeitsfähigkeit** ergibt sich aus: % Arbeitszeit % Arbeitsleistung

Kontaktaufnahme durch Arbeitgeber erwünscht: ☐ Ja ☐ Nein

Ort und Datum:

Stempel und eigenständige Unterschrift
des Arztes / der Ärztin: