

## Detailliertes Arzzeugnis (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum der ersten Konsultation:

Datum der nächsten Konsultation	Datum der erfolgten Konsultation	Arbeitsfähigkeit in %

Es handelt sich um:  Krankheit  Unfall  Schwangerschaft / Mutterschaft

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

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

--

Hingegen **kann** er / sie folgende Tätigkeiten ausführen:

--

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte auf Grund von:

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

Ab folgendem Datum können voraussichtlich **präzisere Angaben zur Arbeitsfähigkeit** gemacht werden: .

**Bemerkungen:**

**Das detaillierte Arztzeugnis wird dem Arbeitgeber in Rechnung gestellt (CHF 60.-)**

**Ort und Datum:**

**Stempel und eigenständige Unterschrift  
des Arztes / der Ärztin:**

**Der Arbeitgeber ist bei Bedarf für die Weiterleitung des detailliertes Arztzeugnisses an weitere Stellen wie Vertrauensarzt, SUVA, Krankentaggeldversicherer, Invalidenversicherung verantwortlich.**