|  |  |
| --- | --- |
| Briefkopf Direktion einfügen  | Absender |
| Empfänger/in |
| Kontaktperson: Kontaktperson | Datum auswählen |

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie Überprüfung einer möglichen Teilarbeitsfähigkeit

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kanton Bern als Arbeitgeber legt grossen Wert darauf, erkrankte oder verunfallte Mitarbeitende bei der Eingliederung in den Arbeitsprozess zu unterstützen und langandauernde, vollständige Arbeitsunfähigkeiten nach Möglichkeit zu vermeiden. Dieses Engagement soll Ausdruck unserer Wertschätzung an die Mitarbeitenden sein und verfolgt das Ziel, nachhaltige Lösungen zu finden.

Mit der Zustimmung von Name Mitarbeiter/in wenden wir uns mit der Bitte an Sie, uns mitzuteilen, inwiefern es der gesundheitliche Zustand von Name Mitarbeiter/in zulässt, allenfalls einzelne spezifische Tätigkeiten frühzeitig wieder aufzunehmen.

Das beiliegende detaillierte Arztzeugnis soll Ihnen die Möglichkeit bieten, differenzierte Angaben zu einer möglichen Teilarbeitsfähigkeit zu machen. Wir stützen uns dabei auf die von Ihnen attestierte Präsenz- und Leistungsfähigkeit. Sie erhalten eine Beschreibung der Funktion oder eine Stellenbeschreibung/Arbeitsplatzbeschreibung von Name Mitarbeiter/in welche Ihnen die Beurteilung erleichtern wird.

Gerne sind wir bereit, Ihnen den zusätzlichen Arbeitsaufwand mit 100 Franken zu vergüten. Dieser Betrag kann der angegebenen Kontaktperson in Rechnung gestellt werden.

Wir werden anschliessend anhand Ihrer Angaben mit Name Mitarbeiter/in und der Führungsperson versuchen, eine allfällige frühzeitige Eingliederung zu realisieren. Bitte informieren Sie uns über eine Neubeurteilung der Situation.

Bei Unklarheiten bezüglich der Unterlagen oder dem weiteren Vorgehen dürfen Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

|  |  |
| --- | --- |
| Freundliche Grüsse |  |
| Organisationseinheit Vorname NameFunktion  | Zustimmung: MADatum auswählen |

Beilage

Formular Detailliertes Arztzeugnis

Stellenbeschrieb