Detailliertes Arztzeugnis

# Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie Überprüfung einer möglichen Teilarbeitsfähigkeit

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | Geburtsdatum | | |
| Text |  | Zahl | | |
| Arbeitsort |  | Funktion |  | Beschäftigungsgrad in % |
| Text |  | Text |  | Zahl |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stellenbeschreibung / Arbeitsplatzbeschreibung |  |  |
| Stellenbeschreibung / Arbeitsplatzbeschreibung  beilegen oder beschreiben | | |

**Arbeitsunfähigkeit / Teilarbeitsfähigkeit bisherige Tätigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | Datum | bis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsunfähig zu 100% |  |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf den Beschäftigungsgrad (=Präsenzfähigkeit) | Zu Zahl % |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf die aktuelle Präsenzfähigkeit (=Leistungsfähigkeit) | Zu Zahl % |

## Rahmenbedingungen

|  |
| --- |
| Text  Text |

**Teilarbeitsfähigkeit angepasste Tätigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | Datum | bis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf den Beschäftigungsgrad (=Präsenzfähigkeit) | Zu Zahl % |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf die aktuelle Präsenzfähigkeit (=Leistungsfähigkeit) | Zu Zahl % |

## Rahmenbedingungen

|  |
| --- |
| Text  Text |

## Nächste Konsultation

Datum

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | | Unterschrift Arzt/Ärztin |
| Text | |  | Text |