

## 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

