

Arbeitsunfähigkeitszeugnis Nordwestschweiz

Detailliertes ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis für die/den Arbeitgeber/in

• Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung.

(frei beschriftbares Feld/ev. für Etiketle mit Personalien der/des Patienten/in)

Personalien der arbeitsunfähigen Person

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

• **Arbeitgeberin/Arbeitgeber:** _____

Fall gemeldet als

Unfall

Krankheit

Mutterschaft (nicht krankheitsbedingt)

Fähigkeiten der Patientin bzw. des Patienten

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

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

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

• **Bemerkungen:**

• **Entschädigung:**

Für dieses detaillierte Arztzeugnis werden der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber CHF 60.– in Rechnung gestellt. Ich bitte um Überweisung mittels des beiliegenden Einzahlungsscheines.

Ort: _____

Datum: _____

Eigenhändige Unterschrift
der/des Ärztin/Arztes: _____

Stempel

• Die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber ist bei Bedarf für die Weiterleitung des detaillierten ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses an weitere Stellen der Krankentaggeldversicherung, der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung, etc. verantwortlich.