

Detailliertes Arztzeugnis (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum Untersuch / Konsultation	Grad der Arbeitsunfähigkeit		Gültig ab	Unterschrift Arzt / Ärztin
	in % der Zeit	in % der Leistung		

Es handelt sich um: Krankheit Unfall Schwangerschaft / Mutterschaft

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:

Entschädigung für dieses detaillierte Arztzeugnis:

Auf Grund des vom Arbeitgeber beantragten detaillierten Arztzeugnisses und der Vereinbarung zwischen dem Ärzteverein Rorschach - Rheintal und dem Arbeitgeber-Verband des Rheintals beantrage ich die Überweisung von Fr. 60.-- mittels des beiliegenden Einzahlungsscheines durch den Arbeitgeber.

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.

(Formular aufgrund des Credos der Zusammenarbeit zwischen dem AGV Arbeitgeber-Verband des Rheintals und dem Ärzteverein Rorschach / Rheintal vom 11. Februar 2005).