

Arbeitsunfähigkeitszeugnis				Kurzabsenz <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit			
(Versicherte) Person: Name:				Vorname:			
Strasse:				PLZ, Ort:			
Sozialversicherungs-Nr:		Geschlecht:		Geburtsdatum:			
Arbeitgeber (Name/Adresse):							
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche: oder Beschäftigungsgrad in %:				Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche: Bemerkungen:			
Arbeitsunfähigkeit Beginn ab:							
Konsultation vom:	Zumutbare		Arbeitsunfähigkeit		Ev. AUF in %:	Nächste Konsultation am:	Unterschrift Arzt:
	Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Anwesenheit im Betrieb (Std/Tag):	Von ...	Bis ...			
Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab:							
Behandelnder Arzt:				EAN:		Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber erwünscht:	
Datum:				ZSR:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
				Unterschrift:			

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen