

**BESCHEINIGUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT LOHNEMPFÄNGER
VERTRAULICH**



Vom/von der Sozialversicherten auszufüllen

Name und Vorname

Erkennungsnummer des Nationalregisters: -

Aufenthaltsadresse (wenn diese von der offiziellen Adresse abweicht):
.....

Der/die Sozialversicherte muss seinem/ihrer Versicherungsträger innerhalb von 2 Kalendertagen alle Änderungen der Aufenthaltsadresse mitteilen.

Diese Bescheinigung bezieht sich auf: Beginn der Arbeitsunfähigkeit:
 Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit

Berufliche Lage beim Auftreten der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeiter(in) Angestellte(r) Arbeitslose(r)

(aktueller) Beruf:
.....
.....

Sind Sie Selbständige(r) in Nebentätigkeit? : NEIN JA

Die Arbeitsunfähigkeit ist die Folge: eines Unfalls einer Berufskrankheit einer anderen Krankheit

Das Gesetz über den Schutz des Privatlebens (8/12/1992) erteilt den Personen auf die die Daten sich beziehen, Recht auf Einsichtnahme und Berichtigung. Zusätzliche Auskünfte über die Verarbeitung dieser Daten können Sie beim Ausschuss für den Schutz des Privatlebens bekommen.

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT: vom Arzt auszufüllen

Ich, der unterzeichnete Arzt, erkläre, auf Grund meiner klinischen Untersuchung und der mir zur Verfügung stehenden medizinischen Feststellungen, dass die betreffende Person arbeitsunfähig ist

vom . . bis zum . .

Diagnose oder Symptomatologie, und/oder Funktionsstörungen

.....
.....

Auch berufliche und soziale Schwierigkeiten können erwähnt werden. Die gesamten Feststellungen ermöglichen eine bessere Evaluation der Arbeitsunfähigkeit. So können wir die Vorladungen gezielt planen.

Fakultative Eingabe der Hauptdiagnose: ICPC-2 ICD-10
oder

Der Betreffende ist oder wird ab dem stationär behandelt

Im Falle einer **Schwangerschaft**, voraussichtlicher Tag der Entbindung:

Kommunikation mit dem Vertrauensarzt der Vertrauensarzt kann mich telefonisch oder per E-Mail erreichen:

Die Übertragung der vertraulichen ärztlichen Daten erfolgt immer über geschützte Anwendungen.

Identifizierung des Arztes mit Eintragsnummer LIKIV

Datum und Unterschrift des Arztes

VERTRAULICH

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Für den Vertrauensarzt

**VERWENDEN SIE DIESE BESCHEINIGUNG BEI IHRER
NÄCHSTEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND SCHICKEN SIE
SIE IHRER KRANKENKASSE INNERHALB VON 48
STUNDEN ZU**

BESCHEINIGUNG FÜR ARBEITSUNFÄHIGKEIT - FÜR DEN VERTRAUENSARZT

Absender:

Gesehen um bei der Verordnung vom 18. November 2015 gefügt zu werden,

Der Vorsitzende,

Der Leitende Beamte,

.I. VAN DAMME

F. PERL