

Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Arbeitgeber		Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung
<b>(Versicherte) Person:</b> Name:		Vorname:
Strasse:		PLZ, Ort:
Sozialversicherungs-Nr:	Geschlecht:	Geburtsdatum:
Arbeitsfähigkeit der (versicherten) Person		
Die (versicherte) Person kann während der <b>reduzierten Arbeitsfähigkeit</b> die folgenden Tätigkeiten <b>nicht ausführen</b> :		Vom behandelnden Arzt auszufüllen.
Hingegen <b>kann</b> die (versicherte) Person folgende Tätigkeiten <b>ausführen</b> :		
Voraussichtlich ab:                      können <b>präzisere Angaben</b> zur <b>Arbeitsfähigkeit</b> gemacht werden.		
<b>Bemerkungen:</b>		
<b>Entschädigung:</b> Für dieses detaillierte Arzzeugnis wird dem Arbeitgeber vom Arzt in Absprache mit dem Schweizerischen Arbeitgeberverband CHF 65.00 in Rechnung gestellt. Rechnung und Einzahlungsschein in der Beilage.		
Behandelnder Arzt:		EAN: ZSR:
Datum:	Unterschrift:	
<i>Der Arbeitgeber leitet bei Bedarf dieses Formular an den zuständigen Versicherer weiter.</i>		

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



**Swiss Insurance Medicine**  
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz  
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances  
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa