

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



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