ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS ST. GALLEN

# EINFACHES ARZTZEUGNIS

Name und Vorname Patient / -in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum der ersten Konsultation:

| Datum der nächsten Konsultation | Datum der erfolgten Konsultation | Arbeitsfähigkeit in % | gültig ab |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Es handelt sich um: ☐ **Krankheit** ☐ **Unfall** ☐ **Schwangerschaft / Mutterschaft**

Die **Teilarbeitsfähigkeit** ergibt sich aus: % Arbeitszeit % Arbeitsleistung

**Kontaktaufnahme durch Arbeitgeber erwünscht:** ☐ Ja ☐ Nein

Ort und Datum:

Stempel und eigenständige Unterschrift
des Arztes / der Ärztin: