

Ärztliche Bescheinigung

Herr / Frau _____, geb. am _____

war wegen _____

in der Zeit vom _____ bis _____ in meiner Behandlung.

Als Ursache der Erkrankung wird _____

_____ festgestellt / angegeben.

Während der Zeit vom _____ bis _____ war der / die Erkrankte

erwerbs- bzw. arbeitsunfähig; es bestand in dieser Zeit eine Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit über 25 %

Datum, Unterschrift