

Gültig ab: 01.01.2011
Geltungsbereich: Klientel der Suchthilfe
Ablage: Klientendossier

Name und Vorname Patient/-in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber: Suchthilfe Ost GmbH

Datum Untersuchung / Konsultation	Grad der Arbeitsunfähigkeit		Gültig ab	Gültig bis (maximal 10 Tage)	Unterschrift Arzt / Ärztin
	in % der Zeit	in % der Leistung			

Es handelt sich um: Krankheit Unfall Schwangerschaft / Mutterschaft

Er / Sie kann während der reduzierten Arbeitsfähigkeit die folgenden Tätigkeiten ausführen:

Er / Sie kann folgende Tätigkeiten nicht ausführen:

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte auf Grund von:

- vom Arzt / der Ärztin festgestellten Befunden
 Angaben des Patienten / Patientin.

<input type="checkbox"/>	Vertrauensärztliche Untersuchung empfohlen
--------------------------	--

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift
Der Ärztin / des Arztes:

bitte per Fax an: 062 206 15 20

Suchthilfe Ost GmbH
Aarburgerstrasse 63
4600 Olten