

**Detailliertes Arztzeugnis** (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)

Name / Vorname Patient/-in:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Datum der ersten Konsultation:

Datum der nächsten Konsultation	Datum der erfolgten Konsultation	Arbeitsfähigkeit in %

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

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

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

  
  
  

Hingegen **kann** er/sie folgende Tätigkeiten ausführen:

  
  
  

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte auf Grund von:

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

Ab folgendem Datum können voraussichtlich **präzisere Angaben** zur **Arbeitsfähigkeit** gemacht werden: .

**Bemerkungen:**

Dieses vom Arbeitgeber beantragte detaillierte Arztzeugnis wird aufgrund der Vereinbarung zwischen der Ärztesgesellschaft Thurgau, dem Gewerbeverband Thurgau und der Industrie- und Handelskammer Thurgau mit beiliegendem Einzahlungsschein (Fr. 60.-) dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin in Rechnung gestellt.

Der Arbeitgeber ist bei Bedarf für die Weiterleitung des detaillierten Arztzeugnisses an weitere Stellen wie Vertrauensarzt, SUVA, Krankentaggeldversicherung, Invalidenversicherung verantwortlich.

**Ort und Datum:**

**Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin:**