

ÄRZTLICHES ATTEST FÜR HOME OFFICE

Patient (Name, Vorname) : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Ärztliche Feststellung :

Aufgrund der ärztlichen Untersuchung wird festgestellt, dass der Patient aus gesundheitlichen Gründen für die Dauer der folgenden Tage im Home Office arbeiten soll.

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit im Büro / Home Office :
von _____ bis _____

Diagnose (ICD-10 Code) : _____

Empfohlene Tätigkeiten im Home Office (optional) :

Ort und Datum der Ausstellung : _____

Unterschrift / Stempel des Arztes : _____

Ärztliche Unterschrift

Patienten-Unterschrift

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/arztliches-attest-homeoffice-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.