

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME

Name und Vorname des Antragstellers: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer (falls bekannt): _____

Angaben zur ärztlichen Untersuchung / Stellungnahme:

Hiermit bestätige ich, dass ich den oben genannten Antragsteller untersucht habe. Die folgenden Angaben basieren auf meiner fachärztlichen Beurteilung und sind nach bestem Wissen und Gewissen erstellt worden. Diese Stellungnahme dient der Vorlage bei der Agentur für Arbeit und soll die gesundheitliche Situation des Antragstellers dokumentieren.

Krankheitsbild / Diagnose:

Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit:

Empfehlungen / Hinweise für die Agentur für Arbeit:

Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung / Prognose:

Arzt / Ärztin (Unterschrift)

Datum

Praxis-Stempel

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/arztliche-stellungnahme-agentur-fur-arbeit/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.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.