

# ÄRZTLICHES ATTEST

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person am \_\_\_\_\_

bis einschließlich \_\_\_\_\_

aufgrund einer Erkrankung nicht in der Lage war, die Arbeit aufzunehmen bzw. auszuüben.

**Diagnose:**

(Bitte hier eintragen)

**Begründung und Verlauf der Erkrankung:**

(Bitte hier ausführlich eintragen)

**Maßnahmen / Therapie:**

(Bitte hier eintragen)

**Besondere Hinweise:**

(Bitte hier eintragen)

**Arzt / Ärztin**

**Datum**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel:

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/arztliches-attest/>

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.