

Arbeitslosenversicherung

Arztzeugnis

Name

Vorname

AHV-Nummer

7 5 6

Geburtsdatum

T T M M J J J J

1 Die versicherte Person war/ist arbeitsunfähig wegen

☐ Krankheit

☐ Unfall

☐ Schwangerschaft

von

T T M M J J J J

bis

T T M M J J J J

zu

%

☐ alle Tätigkeiten

☐ angestammte Tätigkeit *

☐ arbeitsplatz-bezogen

von

T T M M J J J J

bis

T T M M J J J J

zu

%

☐ alle Tätigkeiten

☐ angestammte Tätigkeit *

☐ arbeitsplatz-bezogen

von

T T M M J J J J

bis

T T M M J J J J

zu

%

☐ alle Tätigkeiten

☐ angestammte Tätigkeit *

☐ arbeitsplatz-bezogen

2 Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit

ab

T T M M J J J J

zu

%

Angestammte Tätigkeit

* Bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit, bitte auch Positionen 3a und 3b ausfüllen.

3a Arbeitsfähigkeit für leidens-angepasste Tätigkeiten

ab

T T M M J J J J

zu

%

3b Belastungsprofil

Belastungsprofil (medizinische Einschränkungen als Grundlage für die Beurteilung der arbeitsmarktlichen Zumutbarkeit)

Hinweise

Gemäss Art. 28 Abs. 5 AVIG muss die versicherte Person ihre Arbeitsunfähigkeit bzw. ihre Arbeitsfähigkeit mit einem ärztlichen Zeugnis nachweisen. Die kantonale Amtsstelle oder die Arbeitslosenkasse kann in jedem Fall eine vertrauensärztliche Untersuchung anordnen.

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, Name der Gesundheitseinrichtung

Ort

Datum

T T M M J J J J

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

