

## **Muster**

### **Ärztliche Bescheinigung für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung ( § 2 Abs. 2 Pflegezeitgesetz)**

#### **Nachweis für den Arbeitgeber und die Pflegekasse/Pflegeversicherung**

**Hiermit wird bescheinigt, dass es erforderlich ist, für**

Frau/Herrn

---

(Name und Vorname)

in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Die Patientin/der Patient erfüllt oder erfüllt voraussichtlich die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI.

---

(Ort, Datum)

---

(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)