

Musterformular

**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)