



Herzlich Willkommen

Weiterbildung Arbeitsrecht

1. Das qualifizierte Arzzeugnis

Vortrag von Frau Dr. med. Charlotte Hartmann, Präsidentin
Ärzteverein Rorschach-Rheintal

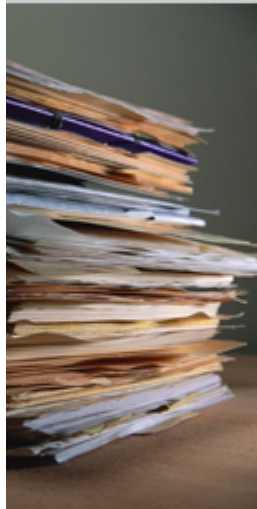
2. Aktuelles aus dem Bundesgericht

Vortrag von Herrn Stephan Mullis

Referat vom 14. September 2017

ME Advocat Rechtsanwälte
Hauptstrasse 17
CH-9422 Staad

Stephan Mullis
s.mullis@advocat.ch
+41 71 855 77 66



Das qualifizierte Arztzeugnis

14.9.2017

Ein Arztzeugnis ist eine Urkunde. Wer eine falsche Urkunde erstellt, der verletzt zum einen die Standesordnung (Art. 34) , begeht aber, wenn er es vorsätzlich oder eventualvorsätzlich tut, auch den Tatbestand des falschen Zeugnisses (Art. 318 StGB). Letzteres wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft.

Dr. med. Charlotte Hartmann
Allgemeine Innere Medizin FMH
Marktplatz 9
9400 Rorschach

Telefon: 071 841 14 67

Herr
Max Muster
Strasse 3
9400 Rorschach

Rorschach, 29. Oktober 2015/jh

Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis

Herr Max Muster, geb. 01.05.1988, 756.1234.1234.12
wird folgende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt:

% von	bis	Anzahl Tage	ganz- /halbtags	reduziert Einsetzbar bis Std./Tag
--------------	------------	------------------------	----------------------------	--

Freundliche Grüsse

Dr. med. Charlotte Hartmann

CREDO DER ZUSAMMENARBEIT

zwischen dem

Arbeitgeberverband

und der

Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

Zielsetzung

Der Arbeitgeber-Verband und die Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen verfolgen gemeinsam das Ziel, den Patienten / den Patientinnen bzw. den Arbeitnehmern / den Arbeitnehmerinnen bei Krankheit und Unfall einerseits eine optimale Rekonvaleszenz, andererseits aber auch eine rasche und gesicherte Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu ermöglichen. Durch koordinierte Zusammenarbeit sollen so Arbeitsausfälle aber auch Gesundheitskosten reduziert werden. Prioritär sind die Gesundheit der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie die Erhaltung des Arbeitsplatzes. Zur Erreichung dieser Ziele wird folgendes vereinbart:

Zusammenarbeit

1. Das einfache Arztzeugnis gemäss beiliegender Vorlage ist unentgeltlich und beinhaltet folgende Punkte: Name und Vorname des Patienten / der Patientin, Name des Arbeitgebers, Ursache der Arbeitsunfähigkeit (Krankheit / Unfall oder Schwangerschaft / Mutterschaft), Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Datum der nächsten Konsultation, Datum und Stempel sowie eigenhändige Unterschrift des behandelnden Arztes.
Rückwirkend ausgestellte Arztzeugnisse sollen nur in Ausnahmefällen resultieren.
2. Die Mitglieder des Ärztevereins erklären sich bereit, auf Anfrage des jeweiligen Arbeitgebers ein detailliertes Arztzeugnis zu erstellen, das der beiliegenden Vorlage entspricht. Die Mitglieder des AGV erklären sich bereit, ein solches Arztzeugnis pauschal mit Fr. 60.- zu entschädigen.
3. Die Mitglieder des AGV erteilen den Ärztinnen und Ärzten jederzeit die entsprechenden Informationen über die Tätigkeit und stellen bei Bedarf auch eine exakte Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung.
4. Der AGV und der regionale Ärzteverein einigen sich auf zwei Vertrauensärzte / -ärztinnen. Um die Unabhängigkeit zu gewährleisten, sollten diese Vertrauenspersonen nicht im , wohl aber aus Gründen der Erreichbarkeit in der benachbarten Region praktizieren. Die Mitglieder des AGV behalten sich vor, zur Frage der Arbeitsunfähigkeit eine Stellungnahme dieses / dieser Vertrauensarztes / -ärztin einzuholen. Der Ärzteverein empfiehlt seinen Mitgliedern auf Verlangen des Arbeitgebers und nach Einholung der Zustimmung des Patienten / der Patientin die relevanten Unterlagen dem Vertrauensarzt / der Vertrauensärztin zuzustellen und diesem / dieser die verlangten Auskünfte zu erteilen. Der Aufwand des Vertrauensarztes / der Vertrauensärztin wird durch den Arbeitgeber entschädigt.
5. Der Vorstand des Ärztevereins und des AGV tauschen regelmässig Erfahrungen und Empfehlungen im Hinblick auf die Erreichung der vereinbarten Ziele aus.

Ärztesgesellschaft
des Kantons St. Gallen

Ärzteverein

Arbeitgeberverband
.....

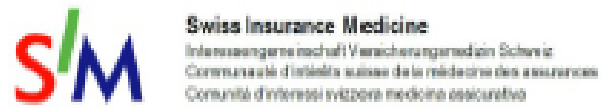
Dr. med. P. Wiedersheim
Präsident

.....
Präsident

.....
Präsident

Arbeitsunfähigkeitszeugnis			Kurzabsenz		<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit	
(Versicherte) Person: Name:			Vorname:				
Strasse:			PLZ, Ort:				
Sozialversicherungs-Nr.:		Geschlecht:		Geburtsdatum:			
Arbeitgeber (Name/Adresse):							
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche:			Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche:				
oder Beschäftigungsgrad in %:			Bemerkungen:				
Arbeitsunfähigkeit Beginn ab:							
Konsultation vom:	Zumutbare		Arbeitsunfähigkeit		Ev. AUF in %:	Nächste Konsultation am:	Unterschrift Arzt:
	Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Anwesenheit im Betrieb (Std/Tag):	Von ...	Bis ...			
Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab:							
Behandelnder Arzt:			EAN:		Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber erwünscht:		
Datum:			ZSR:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
			Unterschrift:				

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen



Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name / Vorname Mitarbeitende/-r:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben:

Besonderheiten:

Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Lärm: | <input type="checkbox"/> Heben < 5kg |
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Wärme: | <input type="checkbox"/> Heben > 5kg |
| <input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Geruch: | <input type="checkbox"/> Heben > 10kg |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise) |
| <input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeitszeit:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix | <input type="checkbox"/> 3-Schichtbetrieb rotierend |
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend | <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht |
| <input type="checkbox"/> 2-Schichtbetrieb (rotierend) | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen:

Kontaktperson:

Name / Vorname:

Funktion:

Firma:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Stempel / Unterschrift:

Einverständnis Mitarbeitende/-r

Ich bin einverstanden, dass ein detailliertes Arztzeugnis (ohne Befund/Diagnose) eingeholt wird.

Unterschrift Mitarbeitende/-r:

herunterladen unter:

www.aerzte-sg.ch

Google:

Arbeitsunfähigkeitszeugnis
Ärztegesellschaft St. Gallen