**[Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]**

Facharzt für [Mandant.TarmedSpezialität]

EAN [Mandant.EAN]

ZSR-Nr. [Mandant.KSK]

[Mandant.Strasse]

[Mandant.Plz] [Mandant.Ort]

[Mandant.E-Mail]

Tel. [Mandant.Telefon1]

z. Hd. Arbeitgeber

[Mandant.Ort], [Datum.heute]

**Arbeitsunfähigkeitszeugnis**

**[Patient:mw:Herr/Frau] [Patient.Vorname] [Patient.Name] ([Patient.Geschlecht]), [Patient.Geburtsdatum]**

[Patient.Strasse], [Patient.Plz] [Patient.Ort]

Tel1 [Patient.Telefon1], Tel2 [Patient.Telefon2], Mobil [Patient.Natel], E-Mail [Patient.E-Mail]

[Patient:mw:Herr/Frau] [Patient.Name] war/ist vom [AUF.von] bis zum [AUF.bis] zu [AUF.Prozent]% arbeitsunfähig.

Grund: [AUF.Grund].

[AUF.Zusatz]

Freundliche Grüsse

[Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]

Facharzt für [Mandant.TarmedSpezialität]