|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bescheinigung über vorübergehende Arbeitsunfähigkeit einer natürlichen Person in materieller Not/einer arbeitsuchenden Person ist**  (Diese Bescheinigung ist nicht für eine Person in materieller Not/eine arbeitsuchende Person bestimmt, die erwerbstätig ist, und dient nicht der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Vorname, Nachname, Titel** | | **Persönliche Kennzahl** | | **Anschrift des ständigen Wohnsitzes** | | | | Adresse, in der sich die natürliche Person in materieller Not/eine arbeitsuchende Person während der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit aufhalten wird, einschließlich des Stockwerks | | | | Diagnose unter Angabe des ICD-Codes | | | | Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes  Datum der Ausstellung der Bestätigung über ***Beginn*** der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit: | **Arbeitsunfähig von\***  Arbeitsfähig von\*\* | | | Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes  Datum der Ausstellung der Bestätigung über ***Beendigung*** der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit: | Ausgehzeiten:  ab dem Tag  .................................................................................  von .................................Uhr bis ......................... Uhr | | | **Belehrung für den Arzt**  Gemäß § 12a des Gesetzes Nr. 576/2004 Slg. über Gesundheitsfürsorge, Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Gewährung der Gesundheitsfürsorge und über Änderung und Ergänzung einiger Gesetze in der geänderten Fassung kann der **zuständige behandelnde Arzt** eine Person auf der Grundlage eines ärztlichen Befundes eines zahnärztlichen Notdienstes, eines ambulanten Notdienstes oder eines stationären Notdienstes rückwirkend für höchstens drei Kalendertage als vorübergehend arbeitsunfähig anerkennen, sofern in den Absätzen 15 und 16 nichts anderes bestimmt ist.  **Belehrung für die arbeitsuchende Person**  **Der/die Arbeitsuchende** wird die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit gemäß § 36 Abs. 4 des Gesetzes Nr. 5/2004 Slg. über Arbeitsvermittlungsdienste und über Änderung und Ergänzung einiger Gesetze in der geänderten Fassung nachweisen.  *\*Der/die Arbeitsuchende hat die Bescheinigung über den Beginn der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Ausstellung dieser Bestätigung bei der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie vorzulegen.*  \*\*Der/die Arbeitsuchende hat die Bescheinigung über Beendigung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit am nächsten Arbeitstag nach der Beendigung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit persönlich bei der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie vorzulegen.  **Belehrung für natürliche Person in materieller Not**  Gemäß § 28 Abs. 2 Buchst. d) des Gesetzes Nr. 417/2013 Slg. über Notstandshilfe in der geänderten Fassung ist eine natürliche Person in materieller Not verpflichtet, bei der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie **innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Ausstellung der Bescheinigung über den Beginn oder die Beendigung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit** eine Bescheinigung über den Beginn oder das Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit eines Haushaltsmitglieds einzureichen.  **Aufzeichnungen des behandelnden Arztes**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Tag der Behandlung oder der Kontrolluntersuchung** | **Die nächste Behandlung oder Kontrolluntersuchung ist am** | **Stempel/Unterschrift des behandelnden**  **Arztes** | **Anmerkungen** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |     **Information für eine natürliche Person in materieller Not/eine arbeitsuchende Person**  ***Wenn eine vorübergehend arbeitsunfähige natürliche Person, die sich in einer materiellen Notlage befindet, am vereinbarten Tag ohne Angabe des Grundes nicht zur ärztlichen Untersuchung erscheint, so verstößt sie gegen den vom Arzt festgelegten medizinischen Behandlungsplan.***  **Kontrolle des Behandlungsplans**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Datum** | **Uhrzeit** | **Adresse des Aufenthalts während der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit** | **Vorname und Nachname/Unterschrift der Beamten der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie** | **Unterschrift der natürlichen Person in materieller Not/der arbeitsuchenden Person** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **Aufzeichnung aus der Kontrolluntersuchung:** | | | | |   **Stellungnahme des behandelnden Arztes bei Feststellung der Nichteinhaltung des Behandlungsplans:** | | | |  |