Vorlage ärtzliche Bestätigung – COVID-19

**Arztzeugnis**

Ich, der/die Unterzeichnende, bestätige, dass Herr / Frau ... eine besonders gefährdete Person im Sinne von Art. 27a, Absatz 10 und 11 der Bundesverordnung 3 über Massnahmen in der besonderen Lage zur Bekämpfung der Covid-19-Epidemie Covid-19-Verordnung besondere Lage) vom 19. Juni 2020 ist.

Daher müssen für diese Person die «Massnahmen zum Schutz von besonders gefährdeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern» (Art. 27a der Verordnung Covid-19-Verordnung 3) getroffen werden.

 Datum und Unterschrift des Arztes

**Ärztliche Schweigepflicht:**

Diese Bestätigung ist für den Patienten/die Patientin bestimmt. Von dem Moment an, an dem er/sie diese seinem Arbeitgeber oder seiner Versicherung übergibt, entbindet er/sie den Arzt für die darin enthaltenen Informationen.