

# UARBEJDSDYGTIGHEDSERKLÆRING

## Lægeerklæring om fortsat uarbejdsdygtighed

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

som er

kendt af mig og sædvanligvis benytter mig som læge

mig ubekendt

er erklæret uarbejdsdygtig ifølge min journal den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

oplyser at have været uarbejdsdygtig fra den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

I henhold til

min sidste undersøgelse den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

meddelelse fra hospital eller kollega den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

skønnes uarbejdsdygtigheden fortsat at ville vare: \_\_\_\_\_  
(antal dage, uger, måneder)

fra den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ på grund af

Ulykkestilfælde     sygdom

\_\_\_\_\_  
(lægens stempel)

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
(lægens underskrift)