

Lægeerklæring om uarbejdsdygtighed

Attesten udleveres efter udfærdigelsen til lønmodtageren

Attesten kan downloades på www.da.dk

| | |
|-------------------------------------------|--------------------------------|
| Arbejdsgiverens navn/firmanavn og adresse | Lønmodtagerens navn og adresse |
|-------------------------------------------|--------------------------------|

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lønmodtagerens egne oplysninger | |
| Uarbejdsdygtighedens startdato | Dato _____ |
| Årsag til uarbejdsdygtigheden | <input type="checkbox"/> Sygdom <input type="checkbox"/> Arbejdsskade <input type="checkbox"/> Graviditetsbetinget sygdom |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lægens attestations vedrørende lønmodtageren | |
| Dato for 1. konsultation i attestudstedende læges praksis i aktuelle sygdomsperiode | Dato _____ |
| Grundlaget for lægens skøn er | <input type="checkbox"/> Tilsyn i hjemmet (sygebesøg) <input type="checkbox"/> Konsultation <input type="checkbox"/> Meddelse fra anden læge |
| Skøn over varigheden af uarbejdsdygtigheden regnet fra attestens udstedelsesdato | _____ Antal dage/uger/måneder |
| Årsag til den yderligere uarbejdsdygtighed | <input type="checkbox"/> Sygdom <input type="checkbox"/> Arbejdsskade <input type="checkbox"/> Graviditetsbetinget sygdom <input type="checkbox"/> Delvis uarbejdsdygtighed - sæt kryds |
| Ved delvis uarbejdsdygtighed uddybes nærmere (især hvor længe og omtrentlig grad af reduktion) | _____ _____ |

| | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| Lægens navn, adresse, tlf.nr. og SE- eller personnr. (Stempel) | Dato og underskrift |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|

Denne lægeerklæring erstatter den tidligere lægeerklæring om uarbejdsdygtighed. Arbejdsgiver betaler for udstedelsen. Attesten er udarbejdet af Dansk Arbejdsgiverforening i henhold til sygedagpengeloven, hvorefter arbejdsgiver udover mulighedserklæringen kan kræve, at lønmodtageren dokumenterer sygefraværet med lægeerklæring. Attesten indeholder de forhold, som en arbejdsgiver har brug for, når lønmodtager i et ansættelsesforhold anmodes om en lægeerklæring, der ikke er en mulighedserklæring. Dansk Arbejdsgiverforening opfordrer til, at arbejdsgiver først anmoder om denne lægeerklæring fra og med 4. sygedag, og ikke på lørdage og søn- og helligdage. Under særlige omstændigheder kan arbejdsgiveren over for lønmodtageren forlange, at lægeerklæringen udstedes tidligere end fra og med 4. sygedag. I så fald bør arbejdsgiveren i en skriftlig motiveret redegørelse til lægen redegøre for, hvilke konkrete omstændigheder indenfor en bestemt periode, der begrunder dette. Denne medbringer lønmodtageren til lægen.