

**Musterformular**

**Ärztliche Bescheinigung für die Begleitung in der letzten Lebensphase  
( § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz)**

**Nachweis für den Arbeitgeber**

Frau/Herr

---

(Name und Vorname)

leidet an einer Erkrankung, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

---

(Ort, Datum)

---

(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)

**Musterformular**

**Ärztliche Bescheinigung für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung  
( § 2 Abs. 2 Pflegezeitgesetz)**

**Nachweis für den Arbeitgeber und die Pflegekasse/Pflegeversicherung**

**Hiermit wird bescheinigt, dass es erforderlich ist, für**

Frau/Herrn

---

(Name und Vorname)

in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Die Patientin/der Patient erfüllt oder erfüllt voraussichtlich die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI.

---

(Ort, Datum)

---

(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)