



## - Ärztliche Bescheinigung - Urlaub für Palliativpflege oder Zeitkredit mit der Begründung "Palliativpflege"

**Achtung:** Diese Bescheinigung ist nur dann zu verwenden, wenn Ihr Arbeitgeber den Zeitkredit- oder Laufbahnunterbrechungsantrag elektronisch eingereicht hat.

### **Wann muss diese Bescheinigung benutzt werden?**

Diese Bescheinigung muss im Rahmen eines Antrages auf einen Urlaub für Palliativpflege oder auf einen Zeitkredit mit der Begründung "Palliativpflege" vom Beschäftigten und vom Arzt des Patienten benutzt werden.

### **Was soll mit dieser Bescheinigung geschehen?**

Diese Bescheinigung muss ordnungsgemäß ausgefüllt und anschließend von Ihnen oder Ihrem Arbeitgeber in die elektronische Anwendung hochgeladen werden. Ohne diese Bescheinigung gilt der Antrag als unvollständig und unarbeitbar.

**Achtung:** Nur die Seite 2 dieser Bescheinigung muss in die elektronische Anwendung hochgeladen werden.

# TEIL I

## Vom Beschäftigten auszufüllen

### Ihre Personalien

*Diese Nummer steht auf der Rückseite Ihres Personalausweises.*

Erkennungsnummer des Nationalregisters ..... • ..... • ..... • ..... • .....

Nachname .....

Vorname .....

### Ihr Antrag auf einen Urlaub für Palliativpflege oder auf einen Zeitkredit mit der Begründung "Palliativpflege"

**Sie beantragen einen Urlaub für Palliativpflege oder einen Zeitkredit mit der Begründung "Palliativpflege" für den Zeitraum**

vom ..... • ..... • ..... bis zum ..... • ..... • ..... einschl.

*Ihre Erklärungen werden in elektronischen Dateien gespeichert. Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der Broschüre über den Schutz des Privatlebens, die bei den Büros des LfA erhältlich ist.*

Ich versichere, dass alle Informationen, die in dieser Bescheinigung stehen, genau stimmen.

Datum ..... • ..... • .....

Unterschrift des Beschäftigten

# TEIL II

## Vom behandelnden Arzt auszufüllen

### Erklärung des behandelnden Arztes des Patienten

*Diese Bescheinigung muss frühestens einen Monat vor dem Beginn des Urlaubs oder Zeitkredits für Palliativpflege und spätestens am Tag des Beginns des Urlaubs oder Zeitkredits für Palliativpflege ausgefüllt werden.*

Ich erkläre, dass der Patient, dem der Beschäftigte Palliativpflege zuteilwerden lassen möchte, sich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befindet.

Datum ..... • ..... • .....

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes