Ärztliches Attest (Beispiel)  
**für besonders gefährdete Personen gemäss Art. 27a COVID-19 Verordnung 3 (818.101.24)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztin / Arzt** | **Arbeitgeber** |
| Besonders gefährdete Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) | |
|  | |
| Bestätigung | |
| Ich bestätige mit dem hier vorliegenden Attest, dass obgenannte Person grundsätzlich arbeitsfähig ist, aber gemäss Artikel 27a Absatz 10 Covid-19-Verordnung 3 zu den besonders gefährdeten Personen gehört.  Ich bestätige zusätzlich, dass die oben genannte Person besondere Gründe gemäss Abs. 6 vorweisen kann. | |
| Bemerkungen | |
|  | |
| Der Arbeitgeber ist verpflichtet, besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gemäss Art. 27a COVID‑19 Verordnung 3 zu schützen. | |
| Ort und Datum | Unterschrift und Stempel Ärztin / Arzt |