



## ANTRÄGE, ANKÜNDIGUNGEN UND BESCHEINIGUNGEN ZUR FREISTELLUNG UND ARBEITSZEITFLEXIBILISIERUNG

Gerne können Sie die nachfolgenden Formulare<sup>1</sup> für Ihre betriebliche Arbeit nutzen und diese in passender Auswahl pflegenden Mitarbeitenden zur Verfügung stellen.

### Alle Betriebe

- Ärztliche Bescheinigung für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung
- Ankündigung Freistellung letzte Lebensphase
- Ärztliche Bescheinigung für die Begleitung in der letzten Lebensphase

### Zusätzlich für Betriebe ab 16 Mitarbeitende

- Ankündigung Pflegezeit
- Antrag Teilzeit

### Zusätzlich für Betriebe ab 26 Mitarbeitende

- Ankündigung Familienpflegezeit

### Zusätzlich für Betriebe ab 46 Mitarbeitende

- Antrag Brückenteilzeit

<sup>1</sup> Alle Angaben ohne Gewähr

Das Kompetenzzentrum Frau und Beruf wird gefördert vom:

Ministerium für Heimat, Kommunales,  
Bau und Gleichstellung  
des Landes Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE UNION  
Investition in unsere Zukunft  
Europäischer Fonds  
für regionale Entwicklung

In Kooperation mit:



Trägerschaft:



Handreichungen 6-12

Betrieblicher Pflege-Guide: Gemeinsam eine Lösung finden. Angebote für pflegende Mitarbeitende in kleinen und mittleren Unternehmen entwickeln.  
[erfolgsfaktorfrau.de/pflege-guide](http://erfolgsfaktorfrau.de/pflege-guide)

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DIE KURZZEITIGE ARBEITSVERHINDERUNG (§2 ABS. 2 PFLEGEZEITGESETZ)

### Nachweis für den Arbeitgebenden und die Pflegekasse/Pflegeversicherung

Hiermit wird bescheinigt, dass es erforderlich ist, für

Frau/Herr

---

Vorname, Name

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 der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Vorname, Name

Straße, Nr.

An den Arbeitgebenden

PLZ, Ort

Ort, Datum

## ANKÜNDIGUNG FÜR EINE FREISTELLUNG FÜR DIE BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die Begleitung in der letzten Lebensphase der/des folgenden nahen Angehörigen an

Vorname, Name der/des Angehörigen, Verwandtschaftsverhältnis

Ein entsprechendes ärztliches Zeugnis darüber, dass

- sie/er an einer Erkrankung leidet, die progredient<sup>1</sup> verläuft und
- bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt, ist beigefügt.

**Die Freistellung (vollständig oder teilweise bis zu 3 Monate) für die Begleitung der letzten Lebensphase kündige ich an**

vom ..... bis .....

Während der Begleitung in der letzten Lebensphase beantrage ich ggf. eine **Verringerung der Arbeitszeit**

von bisher ..... Wochenstunden auf ..... Wochenstunden.

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt aussehen ..... (Tage/Stunden).

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

<sup>1</sup> stetig verschlechternd

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DIE BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE (§3 ABS. 6 PFLEGEZEITGESETZ)

### Nachweis für den Arbeitgebenden

Frau/Herr

---

Vorname, Name

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 der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Vorname, Name

Straße, Nr.

An den Arbeitgebenden

PLZ, Ort

Ort, Datum

## ANKÜNDIGUNG VON PFLEGEZEIT NACH DEM PFLEGEZEITGESETZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich Pflegezeit an und übernehme die häusliche Pflege der/des folgenden nahen Angehörigen

Vorname, Name der/des Angehörigen, Verwandtschaftsverhältnis

Der Nachweis über den Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 1)

ist beigefügt.

liegt bereits vor (Freistellung in Anspruch genommen vom ..... bis .....

**Die Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung bis zu 6 Monate) beantrage ich**

vom ..... bis .....

Während der Pflegezeit beantrage ich ggf. eine **Verringerung der Arbeitszeit**

von bisher ..... Wochenstunden auf ..... Wochenstunden.

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt aussehen ..... (Tage/Stunden).

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Nr.

An den Arbeitgebenden  
.....

.....  
PLZ, Ort

.....  
Ort, Datum

## **ANTRAG AUF VERKÜRZUNG DER WÖCHENTLICHEN ARBEITSZEIT (TEILZEIT)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die **Verringerung der Arbeitszeit** gemäß §8 TzBfG

von bisher..... Wochenstunden auf ..... Wochenstunden.

### **Die Teilzeit beantrage ich**

vom ..... bis .....

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt aussehen ..... (Tage/Stunden).

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Nr.

An den Arbeitgebenden  
.....

.....  
PLZ, Ort

.....  
Ort, Datum

## ANKÜNDIGUNG VON FAMILIENPFLEGEZEIT

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich Familienpflegezeit an und übernehme die häusliche Pflege der/des folgenden nahen Angehörigen

.....  
Vorname, Name der/des zu Pflegenden, Verwandtschaftsverhältnis

Der Nachweis über den Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 1)

ist beigefügt.

liegt bereits vor (Freistellung in Anspruch genommen vom ..... bis .....

**Die Familienpflegezeit (teilweise Freistellung bis zu 24 Monate) beantrage ich**

vom ..... bis .....

Während der Familienpflegezeit beantrage ich ggf. eine **Verringerung der Arbeitszeit**

von bisher ..... Wochenstunden auf (mind. 15) ..... Wochenstunden.

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt aussehen ..... (Tage/Stunden).

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Nr.

An den Arbeitgebenden  
.....

.....  
PLZ, Ort

.....  
Ort, Datum

## **ANTRAG AUF ZEITLICH BEGRENZTE VERKÜRZUNG DER WÖCHENTLICHEN ARBEITSZEIT (BRÜCKENTEILZEIT)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich gemäß §9a TzBfG die **Verringerung der Arbeitszeit**

von bisher ..... Wochenstunden auf ..... Wochenstunden

beginnend ab dem ..... bis zum .....

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt aussehen ..... (Tage/Stunden).

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift