

Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name / Vorname Mitarbeitende/-r:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben:

Besonderheiten:

Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Lärm: | <input type="checkbox"/> Heben < 5kg |
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Wärme: | <input type="checkbox"/> Heben > 5kg |
| <input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Geruch: | <input type="checkbox"/> Heben > 10kg |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise) |
| <input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeitszeit:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix | <input type="checkbox"/> 3-Schichtbetrieb rotierend |
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend | <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht |
| <input type="checkbox"/> 2-Schichtbetrieb (rotierend) | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen:

Kontaktperson:

Name / Vorname:

Funktion:

Firma:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Stempel / Unterschrift:

Einverständnis Mitarbeitende/-r

Ich bin einverstanden, dass ein detailliertes Arztzeugnis (ohne Befund/Diagnose) eingeholt wird.

Unterschrift Mitarbeitende/-r: