

ARBEITSPLATZBESCHREIBUNG (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name/Vorname Mitarbeiter/-in: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber/-in: _____

Pensum (Stellenprozente): _____

Stellenbeschreibung/Hauptaufgaben:

Generelle Beurteilung des Arbeitsklimas:

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"/> Heben > 15kg (teilweise) |
| <input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit | <input type="checkbox"/> Hat Entscheidungsbefugnis | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> Trägt Verantwortung | <input type="checkbox"/> _____ |

Arbeitszeit:

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

Bemerkungen:

Kontaktperson:

Name/Vorname: _____ Telefon: _____

Funktion: _____ E-Mail: _____

Firma: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Datum: _____

Das detaillierte Arztzeugnis wird dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin in Rechnung gestellt (Franken 80.–).

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber/-in: _____

Einverständnis Mitarbeiter/-in:

Ich bin einverstanden, dass ein detailliertes Arztzeugnis (ohne Befund/Diagnose) eingeholt wird und dass der Arzt/die Ärztin hinsichtlich meines Arbeitsplatzes mit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin Kontakt aufnehmen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter/-in: _____