

Arbeitsplatzbeschreibung

(Dient als Grundlage für das detaillierte Arzteugnis und wird vom Arbeitgeber ausgefüllt)

Mitarbeitende/-er

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Arbeitspensum: _____
Stunden pro Tag/Woche Beschäftigungsgrad in Prozent

Arbeitsverhältnis: ungekündigt gekündigt

Stellenbeschreibung / aktuelle Hauptaufgaben

Arbeitszeit (Tages- und Nachtschichten):

- Tagesbetrieb fix Tagesbetrieb gleitend/flexibel
 2-Schichtbetrieb rotierend 3-Schichtbetrieb rotierend nur Nachtschicht

Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:

- Sitzarbeitsplatz Lärm Heben < 5kg
 Steharbeitsplatz Wärme Heben > 5kg
 Sitz- und Steharbeitsplatz Wärme/Kälte Heben > 10kg
 Bildschirmarbeitsplatz Geruch Heben > 15kg
 Visuelle Kontrolltätigkeit Staubbelastung andere körperliche Belastung:
 Dämpfe _____

Besondere Aspekte bei Arbeitszeit und Arbeitsort:

Spezielle Anforderungen (Kundenkontakt, Teamarbeit, Anforderungen an Konzentration, emotionale Belastungen etc.):

Besonderheiten (z.B. auch alternative Beschäftigungsmöglichkeiten)

Bemerkungen (allenfalls zu Schonarbeitsplatz):

Arbeitgeber / Firma:

Kontaktperson:

Name: _____ Vorname: _____

Funktion: _____

Adresszusatz: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Einverständnis Mitarbeitende/-er:

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

Ort / Datum

Unterschrift Mitarbeitende/-er