

Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name / Vorname der/des Mitarbeitenden:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben:

Besonderheiten:

Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Arbeiten im Freien, | <input type="checkbox"/> Zeitdruck |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten im Knien | <input type="checkbox"/> Kälte/Hitze: | <input type="checkbox"/> erhöhte |
| <input type="checkbox"/> oder in der Hocke | <input type="checkbox"/> Lärm: | <input type="checkbox"/> Konzentrationsanforderungen |
| <input type="checkbox"/> Über-Kopf-Arbeiten | <input type="checkbox"/> Gerüche: | <input type="checkbox"/> Verantwortung |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten auf Leitern | <input type="checkbox"/> Heben > 5 kg | <input type="checkbox"/> für andere Menschen |
| <input type="checkbox"/> und Gerüsten | <input type="checkbox"/> Heben > 10 kg | <input type="checkbox"/> Verantwortung |
| <input type="checkbox"/> Einzelarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Heben > 15 kg | <input type="checkbox"/> für Budget und Terminpläne |
| | | <input type="checkbox"/> Konflikte |
| | | <input type="checkbox"/> andere Belastungen |
| | | |

Arbeitszeiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb (feste Arbeitszeiten) | <input type="checkbox"/> 2-Schichtbetrieb |
| <input type="checkbox"/> Gleitzeit | <input type="checkbox"/> 3-Schichtbetrieb |
| <input type="checkbox"/> Überstunden | <input type="checkbox"/> Dauernachtschicht |
| <input type="checkbox"/> unregelmässige Arbeitszeiten | |
| <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf | |

Bemerkungen:

Kontaktperson:

Name:
Funktion:
Firma:
Adresse:
PLZ / Ort:
Telefon:
E-mail:

Datum: Stempel / Firma:

Einverständnis der/des Mitarbeitenden

Ich bin einverstanden, dass ein dtailliertes Arztzeugnis (ohne Diagnose oder Befunde) eingeholt wird.

Unterschrift der/des Mitarbeitenden: