

<Absender>

Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name / Vorname der/des Mitarbeitenden:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben:

Besonderheiten:

Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck | <input type="checkbox"/> erhöhte Konzentrationsanforderungen | <input type="checkbox"/> Verantwortung für andere Menschen |
| <input type="checkbox"/> Einzelarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Arbeit unter ständiger Beobachtung durch andere | <input type="checkbox"/> Verantwortung für Budget und Terminpläne |
| <input type="checkbox"/> häufig wechselnde Einsatzorte | <input type="checkbox"/> Konflikte | <input type="checkbox"/> andere Belastungen |
| <input type="checkbox"/> unvorhersehbare Situationen | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Arbeitszeiten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb (fixe Arbeitszeiten) | <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf |
| <input type="checkbox"/> Gleitzeit | <input type="checkbox"/> Überstunden |

Bemerkungen:

Kontaktperson:

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

Einverständnis der/des Mitarbeitenden

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

Unterschrift der/des Mitarbeitenden: