

<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"/> Sitzarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Lärm: | <input type="checkbox"/> Zeitdruck |
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Hitze: | <input type="checkbox"/> erhöhte |
| <input type="checkbox"/> Sitz-Steharbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Gerüche: | <input type="checkbox"/> Konzentrationsanforderungen |
| <input type="checkbox"/> Über-Kopf-Arbeit | <input type="checkbox"/> Heben > 5 kg | <input type="checkbox"/> Verantwortung |
| <input type="checkbox"/> visuelle Kontrolltätigkeiten | <input type="checkbox"/> Heben > 10 kg | <input type="checkbox"/> für andere Menschen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Heben > 15 kg | <input type="checkbox"/> Verantwortung |
| | | <input type="checkbox"/> für Budget und Terminpläne |
| | | <input type="checkbox"/> Konflikte |
| | | <input type="checkbox"/> andere Belastungen |
| | | |

Arbeitszeiten:

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