

<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"/> Verantwortung für Budget und Terminpläne |
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz                    | <input type="checkbox"/> Hitze  | <input type="checkbox"/> Verantwortung für andere Menschen        |
| <input type="checkbox"/> Sitz-Steharbeitsplatz               | <input type="checkbox"/> Gerüche  | <input type="checkbox"/> Konflikte                                |
| <input type="checkbox"/> Heben > 5 kg                        | <input type="checkbox"/> Zeitdruck  | <input type="checkbox"/> Belastung durch menschliches Leid        |
| <input type="checkbox"/> Heben > 10 kg                       | <input type="checkbox"/> Einzelarbeitsplatz                                     | <input type="checkbox"/> andere Belastungen .....                 |
| <input type="checkbox"/> Heben > 15 kg                       | <input type="checkbox"/> unvorhersehbare Situationen                            | .....   |
| <input type="checkbox"/> einseitige Körperhaltungen          | <input type="checkbox"/> häufige Störungen und Unterbrechungen im Arbeitsablauf |   |
| <input type="checkbox"/> Über-Kopf-Arbeit                    |   |   |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Konzentrationsanforderungen |   |   |

**Arbeitszeiten:**

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