

**Arbeitsplatzbeschreibung** (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)

Name / Vorname Mitarbeitende/-r:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

**Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben:**

**Besonderheiten:**

**Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:**

- |                                                     |                                  |                                                   |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz           | <input type="checkbox"/> Lärm:   | <input type="checkbox"/> Heben < 5kg              |
| <input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz           | <input type="checkbox"/> Wärme:  | <input type="checkbox"/> Heben > 5kg              |
| <input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz     | <input type="checkbox"/> Geruch: | <input type="checkbox"/> Heben > 10kg             |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise) |
| <input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                          |

**Arbeitszeit:**

- |                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix             | <input type="checkbox"/> 3-Schichtbetrieb (rotierend) |
| <input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend        | <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht             |
| <input type="checkbox"/> 2-Schichtbetrieb (rotierend) | <input type="checkbox"/>                              |

**Bemerkungen:**

**Kontaktperson:**

Name / Vorname:

Funktion:

Firma:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Stempel / Unterschrift:

**Einverständnis Mitarbeitende/-r**

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

Unterschrift Mitarbeitende/-r: