



Appenzellische  
**ARZTEGESELLSCHAFT**

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

Name und Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Stellenbeschreibung / Hauptaufgaben

Besonderheiten

**Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen**

Sitzarbeitsplatz

Lärm:

Heben < 5kg

Steharbeitsplatz

Wärme:

Heben > 5kg

Sitz-Stecharbeitsplatz

Geruch:

Heben > 10kg

Bildschirmarbeitsplatz

Heben > 15kg (teilweise)

Visuelle Kontrolltätigkeit

**Arbeitszeit**

Tagesbetrieb fix

3-Schichtbetrieb rotierend

Tagesbetrieb gleitend

nur Nachtschicht

2-Schichtbetrieb (rotierend)

**Bemerkungen**

**Kontaktperson**

Name / Vorname:

Funktion:

Firma:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

eMail:

Ort, Datum

Stempel + Unterschrift

**Einverständnis Mitarbeitende/-r**

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

Unterschrift Mitarbeitende/-r