

Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das „detaillierte Arztzeugnis“)

Name / Vorname Mitarbeiter/-in:

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-Steharbeitsplatz | <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"/> hat Entscheidungsbefugnis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> trägt Verantwortung | <input type="checkbox"/> |

Arbeitszeit:

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

Bemerkungen:

Kontaktperson:

Name / Vorname:

Funktion:

Firma:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Das detaillierte Arztzeugnis wird dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin in Rechnung gestellt (Fr. 60.- zuzüglich MWSt).

Datum: Stempel / Unterschrift:

Einverständnis Mitarbeiter/-in

Ich bin einverstanden, dass ein detailliertes Arztzeugnis (ohne Befund / Diagnose) eingeholt wird und dass der Arzt / die Ärztin hinsichtlich meines Arbeitsplatzes mit dem Arbeitgeber / der Arbeitgeberin Kontakt aufnehmen kann.

Unterschrift Mitarbeiter/-in: