Teil 1 – Vom Unternehmen auszufüllen

# Informationen zum Unternehmen

|  |  |
| --- | --- |
| Name des UnternehmensIm HR eingetragener Name |       |
| Adresse |       |
| PLZ Ort |       |
| Kontaktperson |       |
| Funktion |       |
| E-Mail |       |
| Telefonnummer |       |
| Anmerkungen |       |

# Patient / Patientin

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |

# Beschreibung der Arbeitsumgebung

**WICHTIG**: Die Abschnitte 3.1 bis 3.3 sind vom Arbeitgeber zwingend auszufüllen.

## Arbeitsplatz

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsplatz | Abteilung |
|       |       |
| Beschäftigungsgrad     % |
| VerantwortlichName und Vorname       | Datum       |
| Funktion       | Unterschrift |
| Telefonnnummer       | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |

## Anforderungen am Arbeitsplatz

|  |  |
| --- | --- |
| A .Kognitiv / psychisch / organisatorischA.1 [ ]  Bildschirmarbeit > 4 h pro TagA.2 [ ]  Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erfordernA.3 [ ]  Fließbandarbeit / erheblicher ZeitdruckA.4 [ ]  Fliessbandarbeit / hoher ZeitdruckA.5 [ ]  Nacht- oder SchichtarbeitA.6 [ ]  Starke emotionale Belastung | B. PhysischB.1 [ ]  Tragen von Lasten > 5 kgB.2 [ ]  Tragen von Lasten > 10 kgB.3 [ ]  Tragen von Lasten > 20 kgB.4 [ ]  Hand-Arm-VibrationenB.5 [ ]  Ganzkörper-Vibrationen |
| C. Ergonomisch / biomechanischC.1 [ ]  Repetitive Bewegungen von Armen/Händen/FingernC.2 [ ]  Repetitive Bewegungen des RumpfesC.3 [ ]  Häufig hockende/kniende HaltungC.4 [ ]  Häufige Armhaltung über den SchulternC.5 [ ]  Häufig nach vorne gebeugte Haltung | D.Verkehrswege / Arbeiten in der HöheD.1 [ ]  Gehen auf unebenem GeländeD.2 [ ]  Häufiges Benutzen von TreppenD.3 [ ]  Nutzen von Leitern oder GerüstenD.4 [ ]  Andere Arbeiten in der Höhe |
| E. ArbeitsumgebungE.1 [ ]  Exposition gegenüber ChemikalienE.2 [ ]  Exposition gegenüber Rauch / StäubenE.3 [ ]  Arbeiten in der HitzeE.4 [ ]  Arbeiten in der KälteE.5 [ ]  Lärm | F. Anderes (präzisieren):F.1 [ ]  Homeoffice möglich      |

## Kurze Beschreibung der Tätigkeiten

|  |
| --- |
|       |
| Sitzend:     % oder      h/TStehend:     % oder      h/TGehend:     % oder      h/T | Autofahren:     % oder      h/TFühren einer Maschine :     % oder      h/T |

Teil 2 – Vom Arzt bzw. der Ärztin auszufüllen

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichende Ärztin hat die Beschreibung der Arbeits­umgebung durch den Arbeitgeber (Teil 1) gelesen und bescheinigt für seinen Patienten / ihre Patientin:

# Arbeitsfähigkeit

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Vollständig | Ab dem       |
|  |  |
| [ ]  Teilweise | Vom       bis      Zu    % des üblichen Beschäftigungsgrads von    % |
|  | [ ]  Diese Präsenz am Arbeitsplatz muss über die ganze Arbeitswoche verteilt werden, d. h.     h pro Tag.[ ]  In dieser Zeit können alle Aufgaben am üblichen Arbeitsplatz erledigt werden.[ ]  Homeoffice möglich[ ]  Bei der Präsenz am Arbeitsplatz müssen die folgenden Tätigkeiten vermieden werden:                               |
| Anmerkungen: |       |

# Arbeitsunfähigkeit

|  |
| --- |
| Könnte durch die Arbeit verursacht worden sein [ ]  JA [ ]  NEIN [ ]  keine Antwort |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Arztes / der Ärztin | Adresse |
|       |       |
| Ort | Datum | Stempel und Unterschrift |
|       |       | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |