Teil 1 – Vom Unternehmen auszufüllen

# Informationen zum Unternehmen

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Unternehmens  Im 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     % | |
| Verantwortlich  Name und Vorname | Datum |
| Funktion | Unterschrift |
| Telefonnnummer | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |

## Anforderungen am Arbeitsplatz

|  |  |
| --- | --- |
| A .Kognitiv / psychisch / organisatorisch  A.1  Bildschirmarbeit > 4 h pro Tag  A.2  Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erfordern  A.3  Fließbandarbeit / erheblicher Zeitdruck  A.4  Fliessbandarbeit / hoher Zeitdruck  A.5  Nacht- oder Schichtarbeit  A.6  Starke emotionale Belastung | B. Physisch  B.1  Tragen von Lasten > 5 kg  B.2  Tragen von Lasten > 10 kg  B.3  Tragen von Lasten > 20 kg  B.4  Hand-Arm-Vibrationen  B.5  Ganzkörper-Vibrationen |
| C. Ergonomisch / biomechanisch  C.1  Repetitive Bewegungen von Armen/Händen/Fingern  C.2  Repetitive Bewegungen des Rumpfes  C.3  Häufig hockende/kniende Haltung  C.4  Häufige Armhaltung über den Schultern  C.5  Häufig nach vorne gebeugte Haltung | D.Verkehrswege / Arbeiten in der Höhe  D.1  Gehen auf unebenem Gelände  D.2  Häufiges Benutzen von Treppen  D.3  Nutzen von Leitern oder Gerüsten  D.4  Andere Arbeiten in der Höhe |
| E. Arbeitsumgebung  E.1  Exposition gegenüber Chemikalien  E.2  Exposition gegenüber Rauch / Stäuben  E.3  Arbeiten in der Hitze  E.4  Arbeiten in der Kälte  E.5  Lärm | F. Anderes (präzisieren):  F.1  Homeoffice möglich |

## Kurze Beschreibung der Tätigkeiten

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Sitzend:     % oder      h/T  Stehend:     % oder      h/T  Gehend:     % oder      h/T | Autofahren:     % oder      h/T  Führen 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 |