

Teil 10 Dokumente für die betriebliche Personalarbeit

10.8 Detailliertes Arztzeugnis

Arbeitsplatzbeschreibung (dient als Grundlage für das detaillierte Arztzeugnis)		
Name/Vorname Mitarbeitende/r		
Geburtsdatum		
Arbeitgeber		
Stellenbeschreibung/Hauptaufgaben		
Besonderheiten		
Beschäftigungsgrad		
Spezielle Anforderungen/Rahmenbedingungen		
<input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Lärm:	<input type="checkbox"/> Heben < 5 kg
<input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Wärme:	<input type="checkbox"/> Heben > 5 kg
<input type="checkbox"/> Sitz-Steh-Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Geruch:	<input type="checkbox"/> Heben > 10 kg
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Heben > 15 kg (teilweise)
<input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitszeit		
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> 3-Schicht-Betrieb (rotierend)	
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> nur Nachtschicht	
<input type="checkbox"/> 2-Schicht-Betrieb (rotierend)	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen		
Kontaktperson		
Name/Vorname:	Adresse:	
Funktion:	PLZ/Ort:	
Firma:	Telefon:	
	E-Mail:	
Datum:	Stempel/Unterschrift	
_____	_____	
Einverständnis Mitarbeitende/r		
Ich bin einverstanden, dass ein detailliertes Arztzeugnis (ohne Befund/Diagnose) eingeholt wird.		
Unterschrift Mitarbeitende/r:	_____	

Detailliertes Arztzeugnis (Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung)				
Name und Vorname Patient/in				
Geburtsdatum				
Arbeitgeber				
Datum Untersuch/ Konsultation	Grad der Arbeitsunfähigkeit, Basis: Beschäftigungsgrad von ...%		Gültig ab	Unterschrift Arzt/Ärztin
	In % der Zeit	In % der Leistung		
Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft				
Er/Sie kann während der reduzierten Arbeitsfähigkeit die folgenden Tätigkeiten nicht ausführen:				
Hingegen kann er/sie folgende Tätigkeiten ausführen:				
Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte aufgrund von: <input type="checkbox"/> objektiv vom Arzt/der Ärztin festgestellten Befunden <input type="checkbox"/> Angaben des Patienten/der Patientin				
Ab folgendem Datum können voraussichtlich präzisere Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden: _____				