

Arbeitsplatzbeschreibung		Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis	
<b>(Versicherte) Person:</b> Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ, Ort:	
Sozialversicherungs-Nr:		Geschlecht:	Geburtsdatum:
Fall bei dem Versicherer angemeldet: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als			
Versicherer:		Schadensnummer:	
<b>Stellenbeschreibung</b>			
<b>Hauptaufgaben:</b> aktuelle berufliche Tätigkeit:			
Besonderheiten:			
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche: oder Beschäftigungsgrad in %:		Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche: Bemerkungen:	
<b>Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:</b>			
<input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Heben < 5kg	
<input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Wärme, Kälte, Dämpfe	<input type="checkbox"/> Heben > 5kg	
<input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Geruch	<input type="checkbox"/> Heben > 10kg	
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Staubbelastung	<input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise)	
<input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit	<input type="checkbox"/> Häufige Haltungen in verdrehter Stellung		
<input type="checkbox"/> Kundenkontakt	<input type="checkbox"/> Präziser Handeinsatz mit erhöhtem Kraftaufwand		
<input type="checkbox"/> Teamarbeit	<input type="checkbox"/> Erhöhtes Unfallrisiko für beeinträchtigte Mitarbeiter		
<b>Arbeitszeit:</b>			
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> Nachtschichten notwendig		
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> Ausschliesslich Nachtschichten		
<b>Schonarbeitsplatz:</b> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nur temporär möglich <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
Bemerkungen:			
<b>Kontaktaufnahme:</b>		durch den Arzt <input type="checkbox"/> erwünscht mit Versicherung <input type="checkbox"/> erfolgt, am:	
<b>Bemerkungen:</b>			
<b>Ansprechperson beim Arbeitgeber:</b>		Arbeitgeber:	
Name / Vorname:			
Funktion:		Datum:	
Telefon direkt:	E-Mail:	Unterschrift:	
<b>Einverständnis (versicherte) Person:</b>		Unterschrift (versicherte) Person:	
Ich bin einverstanden, dass mein Arzt (wie oben bezeichnet) mit dem Formular „Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Arbeitgeber“ (keine Diagnose, keinen Befund) meinem Arbeitgeber Auskunft gibt.		Datum:	
Diese Auskünfte dürfen an die zuständige Versicherung weitergeleitet werden.		Unterschrift:	

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen



**Swiss Insurance Medicine**  
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz  
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances  
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa