



## Angaben zur Begutachtung durch den MD wegen Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit

### Daten des Arbeitgebers

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

---

---

Ansprechpartner mit Telefonnummer:

---

### Daten des Arbeitnehmers

Name und Kontaktdaten des Arbeitnehmers:

---

### Angaben zur Beschäftigung

Aktuelle Tätigkeit:

---

---

Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden

Schichtarbeit: (z.B. Wechselschicht, Nachtschicht) \_\_\_\_\_

Besondere Anforderungen/Belastungen am Arbeitsplatz:

---

---

Ist das Beschäftigungsverhältnis gekündigt? ☐ ja, zum \_\_\_\_\_ ☐ nein

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ☐ ja, bis zum \_\_\_\_\_ ☐ nein

### Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ab: \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund bestehen Zweifel an der der Arbeitsunfähigkeit:

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift