



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, Nachschicht) _____

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 Arbeitsunfähigkeit:

Datum _____

Unterschrift _____