

Versichertennummer:

Fall-Nr.:

Arbeitsplatzbeschreibung

Ausgeübte Tätigkeit
(bitte möglichst konkrete
Bezeichnung): _____

Kündigung
zum: _____

Befristung
zum: _____

Kurzarbeit
seit/von – bis: _____

Stellung im Beruf/Erwerbsleben

ungelerner Arbeiter
(nicht als Facharbeiter tätig)

im anerkannten
Anlernberuf

Auszubildender
(Lehrling, Anlernling)

Meister/Polier

angelernter Arbeiter

Facharbeiter

Arbeitszeit und Arbeitsweise

regelmäßig

Tagschicht

Fließbandakkord

unregelmäßig

Nachtschicht

Einzelakkord bzw. Stückakkord

ganztags

Zweischicht

Gruppenakkord

Teilzeitarbeit _____ Std./Woche Wechselschicht
an _____ Tag(en) je Woche

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz/Beanspruchung des Bewegungsapparates

im Wechsel von Stehen/Gehen/Sitzen

ständig stehend

an laufender Maschine

im Sitzen: _____ %

ständig sitzend

oft in gebückter Stellung

im Stehen: _____ %

oft mit erhobenen Armen

im Gehen: _____ %

oft kniend, hockend usw.

Es handelt sich um:

leichte Arbeiten

mittelschwere Arbeiten

schwere Arbeiten

, , Versichertennummer:

Die Tätigkeiten beinhalten

- | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg | Anzahl/Häufigkeit: _____ tgl./wtl |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7–20 kg | |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg | |
| <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg | Anzahl/Häufigkeit: _____ tgl./wtl |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7–20 kg | |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg | |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg | Anzahl/Häufigkeit: _____ tgl./wtl |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7–20 kg | |
| | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg | |

Arbeitshilfen/Hilfsmittel (z. B. Hebe- oder Tragehilfen) sind vorhanden:

nein ja,

in Form von: _____,

seit: _____

Äußere Einflüsse

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht | <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> belastigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o. Ä. | <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> belastigende Gase oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse |
| <input type="checkbox"/> Arbeit mit schwerer Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> Druckluft | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwindelfreiheit erforderlich | <input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd) | |
| | <input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweilig) | |

Fahren von Kraftfahrzeugen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> PKW während der Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> LKW ohne Ladearbeiten | <input type="checkbox"/> LKW mit leichten Ladearbeiten |
| <input type="checkbox"/> LKW mit mittelschweren Ladearbeiten | <input type="checkbox"/> LKW mit schweren Ladearbeiten | <input type="checkbox"/> Baumaschinenfahrer (Kran, Bagger etc.) |
| <input type="checkbox"/> Gabelstaplerfahrer | <input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge | |

, , Versichertennummer:

Sonstiges

- Verantwortung (für Personen)
- Auswärts-Montage
- Führungsaufgaben
- Reisetätigkeit/Außendienst
- Anlagensteuerung (Überwachung)
- überwiegend Bildschirmtätigkeit
- ständige Konzentration nötig
- angestregtes Sehen

Kurze Beschreibung der Arbeitsabläufe: _____

Gab es in den letzten 12 Monaten Veränderungen am Arbeitsplatz?

- Nein
- Ja, folgende: _____

Sind Veränderungen am Arbeitsplatz geplant?

- Nein
- Ja, folgende: _____

Ist eine stufenweise Wiedereingliederung möglich?

- Ja
- Nein, weil: _____

Kann eine Arbeitsplatzumbesetzung vorgenommen werden?

- Ja
- Nein, weil: _____

Ansprechpartner(in) im Unternehmen für die Planung einer möglichen stufenweisen Wiedereingliederung/Arbeitsplatzumbesetzung:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Zuständiges Werksarztzentrum:

Datum/Stempel/Unterschrift

Datenschutzhinweis

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist (§ 98 Abs. 1 Satz 1 SGB X in Verb. mit § 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V und § 2 AU-RL).