

Arbeitsplatzbeschreibung		Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis	
(Versicherte) Person: 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:	
Stellenbeschreibung			
Hauptaufgaben: aktuelle berufliche Tätigkeit:			
Besonderheiten:			
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche: oder Beschäftigungsgrad in %:		Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche: Bemerkungen:	
Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:			
<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		
Arbeitszeit:			
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> Nachtschichten notwendig		
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> Ausschliesslich Nachtschichten		
Schonarbeitsplatz:		<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nur temporär möglich <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Bemerkungen:			
Kontaktaufnahme:		durch den Arzt <input type="checkbox"/> erwünscht	mit Versicherung <input type="checkbox"/> erfolgt, am:
Bemerkungen:			
Ansprechperson beim Arbeitgeber:		Arbeitgeber:	
Name / Vorname:			
Funktion:		Datum:	
Telefon direkt:	E-Mail:	Unterschrift:	
Einverständnis (versicherte) Person:		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