Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Versicherungsnummer	Name, Vorname

Arbeitsplatz-Profil
Anlage zum Befundbericht des Werks-/Betriebsarztes

Beruf: _____ Tätigkeit (z. Zt/zuletzt): _____			zeit-weise	über wiegend	ständig	für die/den Patientin/en problematisch
Körperliche Belastung	Allgemeine Bedingungen	Sitzen	☐	☐	☐	☐
		Gehen	☐	☐	☐	☐
		Stehen	☐	☐	☐	☐
	Heben/Tragen von Lasten	mehr als 10 kg	☐	☐	☐	☐
		weniger als 10 kg	☐	☐	☐	☐
	Wirbelsäule	tiefes Bücken	☐	☐	☐	☐
		Zwangshaltungen	☐	☐	☐	☐
	Obere Extremitäten	Überkopfarbeiten	☐	☐	☐	☐
		kraftvolles Greifen	☐	☐	☐	☐
		kraftvolles Ziehen	☐	☐	☐	☐
		Feinarbeit	☐	☐	☐	☐
	Untere Extremitäten	Hocken/Knien	☐	☐	☐	☐
		Steigen auf Leitern/Gerüsten/Treppen	☐	☐	☐	☐
Organisation	Arbeitszeit	Normalarbeitszeit Teilzeit (_____ Stunden pro Woche)			☐	☐
		Wechselschicht/2-Schicht			☐	☐
		Wechselschicht/3-Schicht			☐	☐
		Dauernachtschicht			☐	☐
		häufige Überstunden			☐	☐
Umgebung		Witterung/Kälte/Nässe/Zugluft			☐	☐
		Hitze			☐	☐
		Lärm (> 85 dBA)			☐	☐
		Atemwegsbelastungen			☐	☐
		Hautbelastungen			☐	☐
		Erschütterung/Vibration			☐	☐
Fahrzeuge	Berufliche Notwendigkeit	Pkw			☐	☐
		Lkw			☐	☐
		Personenbeförderung			☐	☐
		sonstige Fahrzeuge			☐	☐
Psychische Belastung		starrer maschinengebundener Takt			☐	☐
		hohe Verantwortung			☐	☐
		komplexe Aufgaben			☐	☐
		Publikumsverkehr			☐	☐
Sonstiges		Absturzgefährdung			☐	☐
		erhöhte Unfallgefahren			☐	☐
		Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten			☐	☐

G0621-09 01/2016

Versicherungsnummer	Name, Vorname

Sonstige arbeitsplatzbezogene Probleme (z. B. Schmerzproblematik, innerbetriebliche Konflikte, fehlende soziale Unterstützung):

Arbeitsplatzwechsel beabsichtigt oder bereits eingeleitet?

☐ nein ☐ ja

Name und Anschrift des Betriebes:

Ansprechpartner/in im Betrieb:

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel der Werks- oder Betriebsärztin/des Werks- oder Betriebsarztes

G0621-09 01/2016