



**Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger**



Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Tätigkeitsbeschreibung**

|   |              |
|---|--------------|
| Name, Vorname                             | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort |              |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Tätigkeit:        |  |
| seit wann:        |  |
| Ausbildungsberuf: |  |

|  | <b>Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen</b><br>bitte Zutreffendes ankreuzen |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
|  | *selten/gelegentlich  | *zeitweise               | *häufig/überwiegend      |
| <b>Heben und Tragen von Lasten</b>                       |   |                          |                          |
| über 5 kg  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 10 kg   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 15 kg   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 20 kg   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 25 kg   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Heben und Tragen von Lasten - <u>Zeitwichtung</u></b> |   |                          |                          |
| Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen von Lasten über <b>mehr</b> als 5 m               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%



|  | <b>Vom Arzt bzw.<br/>                 von der Ärztin<br/>                 auszufüllen</b><br>bitte Zutreffendes<br>ankreuzen |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
|  | *selten/gelegentlich   | *zeitweise               | *häufig/überwiegend      |
| <b>Körperhaltungen</b>                                 |  |                          |                          |
| Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefes Beugen (über 30 Grad)                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bücken (über 60 Grad)                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drehung des Rumpfes über 30 Grad                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anheben des Oberarmes über Brusthöhe                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkopfarbeit   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen/Leitern/Gerüste                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Gehen                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Stehen                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Sitzen                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hocken/Knien   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Besondere Belastungen</b>                           |  |                          |                          |
| Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%



**ja Kommentar**

| <b>Umwelteinflüsse</b>                                       |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Witterung/Arbeiten im Freien                                 | <input type="checkbox"/> |  |
| Hitze/Strahlung  | <input type="checkbox"/> |  |
| Kälte/Zugluft  | <input type="checkbox"/> |  |
| Lärm (> 80 dBA)  | <input type="checkbox"/> |  |
| Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase                       | <input type="checkbox"/> |  |
| Hautbelastung/Schmutz  | <input type="checkbox"/> |  |
| Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen             | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sonstige Gefährdungen</b>                                 |                          |  |
| Erhöhte Unfallgefahr   | <input type="checkbox"/> |  |
| Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen     | <input type="checkbox"/> |  |
| Arbeiten unter Atemschutz                                    | <input type="checkbox"/> |  |
| Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)              | <input type="checkbox"/> |  |
| Umgang mit Gefahrstoffen                                     | <input type="checkbox"/> |  |
| Feuchtarbeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| dauerhaft Bildschirmarbeit                                   | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Arbeitsorganisation</b>                                   |                          |  |
| Normalschicht (Tagesarbeitszeit in h:            )           | <input type="checkbox"/> |  |
| Wechselschicht (früh – spät)                                 | <input type="checkbox"/> |  |
| Contischicht (früh – spät – nachts)                          | <input type="checkbox"/> |  |
| Dauernachtschicht  | <input type="checkbox"/> |  |
| häufige/regelmäßige Überstunden (            Std. pro Woche) | <input type="checkbox"/> |  |
| manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/Akkord      | <input type="checkbox"/> |  |
| Andere Arbeitszeitmodelle                                    | <input type="checkbox"/> |  |



**ja** **Kommentar**

| <b>Psychomentele Belastungen/Beanspruchungen</b>   |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung   | <input type="checkbox"/> |  |
| Ständiger Zeit- und Termindruck  | <input type="checkbox"/> |  |
| Überforderung quantitativ/qualitativ   | <input type="checkbox"/> |  |
| Unterforderung/Monotonie   | <input type="checkbox"/> |  |
| Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation  | <input type="checkbox"/> |  |
| Teamarbeit/Publikumsverkehr  | <input type="checkbox"/> |  |
| Mobbing  | <input type="checkbox"/> |  |
| Häufige Reisetätigkeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz  | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>SONSTIGES:</b>  |                          |  |
| <b>Anlagen wenn vorhanden:</b><br>z.B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode |                          |  |
|  |                          |  |

\_\_\_\_\_  
 Datum der Erstellung

\_\_\_\_\_  
 Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin





|  | <b>Vom Arzt bzw.<br/>                 von der Ärztin<br/>                 auszufüllen</b><br>bitte Zutreffendes<br>ankreuzen |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
|  | *selten/gelegentlich   | *zeitweise               | *häufig/überwiegend      |
| <b>Körperhaltungen</b>                                 |  |                          |                          |
| Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefes Beugen (über 30 Grad)                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bücken (über 60 Grad)                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drehung des Rumpfes über 30 Grad                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anheben des Oberarmes über Brusthöhe                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkopfarbeit   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen/Leitern/Gerüste                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Gehen                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Stehen                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tätigkeit im Sitzen                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hocken/Knien   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Besondere Belastungen</b>                           |  |                          |                          |
| Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%



**ja** **Kommentar**

| <b>Umwelteinflüsse</b>                                       |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Witterung/Arbeiten im Freien                                 | <input type="checkbox"/> |  |
| Hitze/Strahlung  | <input type="checkbox"/> |  |
| Kälte/Zugluft  | <input type="checkbox"/> |  |
| Lärm (> 80 dBA)  | <input type="checkbox"/> |  |
| Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase                       | <input type="checkbox"/> |  |
| Hautbelastung/Schmutz  | <input type="checkbox"/> |  |
| Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen             | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sonstige Gefährdungen</b>                                 |                          |  |
| Erhöhte Unfallgefahr   | <input type="checkbox"/> |  |
| Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen     | <input type="checkbox"/> |  |
| Arbeiten unter Atemschutz                                    | <input type="checkbox"/> |  |
| Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)              | <input type="checkbox"/> |  |
| Umgang mit Gefahrstoffen                                     | <input type="checkbox"/> |  |
| Feuchtarbeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| dauerhaft Bildschirmarbeit                                   | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Arbeitsorganisation</b>                                   |                          |  |
| Normalschicht (Tagesarbeitszeit in h:            )           | <input type="checkbox"/> |  |
| Wechselschicht (früh – spät)                                 | <input type="checkbox"/> |  |
| Contischicht (früh – spät – nachts)                          | <input type="checkbox"/> |  |
| Dauernachtschicht  | <input type="checkbox"/> |  |
| häufige/regelmäßige Überstunden (            Std. pro Woche) | <input type="checkbox"/> |  |
| manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/Akkord      | <input type="checkbox"/> |  |
| Andere Arbeitszeitmodelle                                    | <input type="checkbox"/> |  |



**ja** **Kommentar**

| <b>Psychomentele Belastungen/Beanspruchungen</b>   |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung   | <input type="checkbox"/> |  |
| Ständiger Zeit- und Termindruck  | <input type="checkbox"/> |  |
| Überforderung quantitativ/qualitativ   | <input type="checkbox"/> |  |
| Unterforderung/Monotonie   | <input type="checkbox"/> |  |
| Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation  | <input type="checkbox"/> |  |
| Teamarbeit/Publikumsverkehr  | <input type="checkbox"/> |  |
| Mobbing  | <input type="checkbox"/> |  |
| Häufige Reisetätigkeit   | <input type="checkbox"/> |  |
| Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz  | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>SONSTIGES:</b>  |                          |  |
| <b>Anlagen wenn vorhanden:</b><br>z.B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode |                          |  |
|  |                          |  |

\_\_\_\_\_  
 Datum der Erstellung

\_\_\_\_\_  
 Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin