

Versicherungsnummer des Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

Arbeitsplatz-Profil

Bitte Zutreffendes ankreuzen und/oder auf Rückseite beschreiben

	Beruf _____						
	Tätigkeit (zurzeit/zuletzt) _____		zeitweise	überwiegend	ständig		für die/ den Patientin/en problematisch
Körperliche Belastung	Allgemeine Bedingungen	Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Heben/Tragen von Lasten	Mehr als 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Weniger als 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wirbelsäule	Tiefes Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Obere Extremitäten	Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Kraftvolles Greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Kraftvolles Ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Feinarbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Untere Extremitäten	Hocken/Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Steigen auf Leitern/Gerüsten/Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Organisation	Arbeitszeit	Normalarbeitszeit			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Teilzeit (Stunden pro Woche)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Wechselschicht/2-Schicht			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Wechselschicht/3-Schicht			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Dauernachtschicht			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Häufige Überstunden			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Umgebung		Witterung/Kälte/Nässe/Zugluft			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Hitze			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Lärm (> 85 dBA)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Atemwegsbelastungen			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Hautbelastungen			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Erschütterung/Vibrationen			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fahrzeuge	Berufliche Notwendigkeit	PKW			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		LKW			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Personenbeförderung			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Sonstige Fahrzeuge			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psych. Belastung		Starrer maschinengebundener Takt			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Hohe Verantwortung			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Komplexe Aufgaben			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Publikumsverkehr			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonst.		Absturzgefährdung			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Erhöhte Unfallgefahren			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Arbeitsplatzbezogene Probleme des Arbeitnehmers (z. B. Schmerzproblematik, innerbetriebliche Konflikte, fehlende soziale Unterstützung) und konkretes Reha-Ziel:

Der Betriebsarzt wünscht telefonischen Kontakt mit der Reha-Einrichtung, wenn bei Beendigung der medizinischen Leistung Arbeitsunfähigkeit für den letzten Arbeitsplatz besteht.

Ja unter Tel.: _____

nein

Arbeitsplatzwechsel beabsichtigt oder bereits eingeleitet? Ja Nein

Name und Anschrift des Betriebes: _____

(Stempel des/der Betriebsarztes/-ärztin)

(Datum und Unterschrift des/der Betriebsarztes/-ärztin)