



**C Positives und negatives Leistungsbild** (allgemeiner Arbeitsmarkt),  
Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

**1. Positives** Leistungsbild:

Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

<b>Körperliche Arbeitsschwere</b>	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
<b>Arbeitshaltung</b>	im Stehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise			
	im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise			
	im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise			
<b>Arbeitsorganisation</b>	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	

**2. Negatives** Leistungsbild:

Bitte kreuzen Sie die Tätigkeitsmerkmale an, die dem Betroffenen  
gesundheitlich schaden bzw. gesundheitlich nicht möglich sind.

<b>Arbeitsweg</b>	<input type="checkbox"/> Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Wege zu Fuß über ____ (k)m	<input type="checkbox"/> führen eines KfZ
<b>Arbeitszeit</b>	<input type="checkbox"/> Wechselschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Überstunden
<b>körperliche Belastung</b>	<input type="checkbox"/> überwiegendes Sitzen	<input type="checkbox"/> überwiegendes Stehen	<input type="checkbox"/> längere Zwangshaltung
	<input type="checkbox"/> häufiges Bücken	<input type="checkbox"/> häufiges Treppensteigen	<input type="checkbox"/> klettern/gehen auf unebenem Boden
	<input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/> Lasten heben und tragen über ____ kg	
<b>Umwelteinflüsse</b>	<input type="checkbox"/> Nässe, Kälte, Zugluft	<input type="checkbox"/> Schmutzarbeit	<input type="checkbox"/> starke Temperaturschwankungen
	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Staub, Dämpfe, Gase	
<b>Beanspruchung der Sinne</b>	<input type="checkbox"/> volles Sehvermögen	<input type="checkbox"/> volle Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/> volles Hörvermögen
	<input type="checkbox"/> räumliches Sehen		
<b>Beanspruchung durch Arbeitsorganisation</b>	<input type="checkbox"/> Zeitdruck	<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/> besondere geistige, seelische Belastbarkeit
	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> unregelmäßige Pausen	
<b>Beanspruchung durch Technik</b>	<input type="checkbox"/> Arbeiten an laufenden Maschinen	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Absturzgefahr	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Lärmbelästigung
	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Strom		
<b>Sonstiges</b>			

**3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs**, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann.

<input type="checkbox"/> mindestens 6 Stunden und länger	<input type="checkbox"/> zwischen 3 und unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden
--	---	--

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes und Namensstempel