

Beschreibung des Arbeitsplatzes (Teil- und Vollzeit):

Letzte versicherungspflichtige Tätigkeit:

Arbeitsschwere: schwer mittelschwer leicht

Heben/Tragen bis kg

Arbeitshaltung: stehen: ständig überwiegend zeitweise

Gehen: ständig überwiegend zeitweise

Sitzen: ständig überwiegend zeitweise

Bücken: ständig überwiegend zeitweise

Knieen: ständig überwiegend zeitweise

Zwangshaltung: ständig überwiegend zeitweise

Gehen auf unebenen Boden: ständig überwiegend zeitweise

Äußere Einflüsse: Kälte Hitze Staub Nässe Schmutz

Sonneneinstrahlung Temperaturschwankungen

Arbeitsorganisation: Tagschicht Frühschicht Spätschicht Nachtschicht

2-Schicht 3-Schicht Rollende Schicht

Psychische Belastungen: Zeitdruck Akkordarbeit Stress Überstunden

Betriebsklima:

Zufriedenheit am Arbeitsplatz:

Abmahnungen: nein ja, welche

Intoxikation am Arbeitsplatz:

Probleme am Arbeitsplatz:

Arbeitsweg:km, mit dem Auto Bus Bahn Fahrrad zu Fuß Fahrgemeinschaft

Betriebsärztliche Betreuung/ Gesundheitsfürsorge: ja nein durch.....

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten:

Zeitraum und Anlass:.....

Krankgeschrieben seit:

Von wem:

Ihre beruflichen Ziele:.....