

Arbeitsplatz-Beschreibung

für die Beurteilung der Wiedereingliederungsmöglichkeiten im Betrieb und die Festlegung des Grades der Arbeitsfähigkeit

Betrieb:			
Name:		UID:	
Strasse:		Telefon:	
PLZ Ort:		Mail:	
Kontaktperson im Betrieb:			
Vor-/Nachname:		Telefon:	
Funktion:		Mail:	
Verunfallte Person:			
Vor-/Nachname:		SV-Nr./AHV-Nr.:	
Strasse:		Geburtsdatum:	
PLZ Ort:		Geschlecht:	
Schaden:			
Schaden-Nummer:		Unfalldatum:	
Stellenbeschreibung:			
Berufliche Ausbildung:			
Haupttätigkeiten der versicherten Person im Betrieb vor dem Unfall:			
Arbeitszeit:	h/Woche	Betriebsübliche Vollarbeitszeit:	h/Woche
oder Beschäftigungsgrad:	%	Bemerkung:	
Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:			
<input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Heben < 5kg	
<input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Wärme, Kälte, Dämpfe	<input type="checkbox"/> Heben > 5kg	
<input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Geruch	<input type="checkbox"/> Heben > 10kg	
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Staubbelastung	<input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise)	
<input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit	<input type="checkbox"/> Häufige Haltungen in verdrehter Stellung	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kundenkontakt	<input type="checkbox"/> Präziser Handeinsatz mit erhöhtem Kraftaufwand	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Teamarbeit	<input type="checkbox"/> Erhöhtes Unfallrisiko für beeinträchtigte Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	
Arbeitszeit:			
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> Nachtschichten notwendig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> Ausschliesslich Nachtschichten	<input type="checkbox"/>	
Schonarbeitsplatz:			
	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nur temporär möglich	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Beschreibung des möglichen Schonarbeitsplatzes:			
Kontaktaufnahme:			
	<input type="checkbox"/> durch den Arzt erwünscht	<input type="checkbox"/> mit Versicherung am:	
Bemerkungen:			

Datum:

Unterschrift:

_____ bei elektronischer Einsendung unnötig

Mit nebenstehendem Knopf «Daten senden» können Sie das Dokument elektronisch der Suva schicken.