

Arbeitsunfähigkeitszeugnis Nordwestschweiz

Arbeitsplatzbeschreibung

- Dient als Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Dieses ist kostenpflichtig und von der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber mit CHF 60.– zu vergüten.
- **Arbeitgeberin/Arbeitgeber:**

Personalien der arbeitsunfähigen Person

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Stellenbeschreibung

- **Hauptaufgaben/aktuelle berufliche Tätigkeit:**

- **Besonderheiten:**

- **Spezielle Anforderungen/Rahmenbedingungen:**

Sitzarbeitsplatz	Kundenkontakt	Arbeit im Freien
Steharbeitsplatz	Teamarbeit	Heben < 5 kg
Sitz-Steharbeitsplatz	Lärm	Heben > 5 kg
Bildschirmarbeitsplatz	Wärme/Kälte/Dämpfe	Heben > 10 kg
Visuelle Kontrolltätigkeit	Geruch/Staub	Heben > 15 kg (teilweise)

- **Arbeitszeit:**

Tagesbetrieb fix	2-Schichtbetrieb (rotierend)	nur Nachtschicht
Tagesbetrieb gleitend	3-Schichtbetrieb rotierend	

- **Schonarbeitsplatz:** vorhanden nicht vorhanden

- **Kontaktaufnahme durch die Ärztin/den Arzt:** erwünscht

- **Bemerkungen:**

- **Kontaktperson in der Firma:**

Name: _____ PLZ/Ort: _____
Vorname: _____ Telefon: _____
Funktion: _____ E-Mail: _____
Firma: _____ Datum: _____
Adresse: _____ Unterschrift: _____

Stempel

- **Einverständnis Mitarbeitende/Mitarbeitender:**

Ich bin einverstanden, dass meine Arbeitgeberin/mein Arbeitgeber ein detailliertes ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis einholt und dass meine Ärztin bzw. mein Arzt meiner Arbeitgeberin/meinem Arbeitgeber auf dem Formular „Detailliertes ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis für die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber“ ohne Angaben zu meiner Krankheit (**keine Diagnose, keine Befunde usw.**) Auskunft gibt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Mitarbeitende/r: _____