

## Arbeitsplatzbeschreibung

### Absenzenmanagement

Adresse Betrieb:

Kontaktperson im Betrieb:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Name, Vorname der verunfallten Person:

Schaden-Nr.:

Berufliche Tätigkeit der versicherten Person im Betrieb  
vor dem Unfall:

Berufliche Ausbildung/Weiterbildung/Zusatzausbildung  
(z. B. Staplerprüfung):

**Beschreibung der Tätigkeit (Spezielle Anforderungen/Rahmenbedingungen):**

#### Arbeitszeit

Stunden je Woche:

Beschäftigungsgrad in %:

#### Aufteilung der Tätigkeit (Ausgehend vom Durchschnitt bei voller Arbeitsfähigkeit):

- |                                                                                        |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werkstatt/Arbeitsvorbereitung: _____ % oder<br>_____ Std./Tag | <input type="checkbox"/> Sitzende Tätigkeit: _____ % oder<br>_____ Std./Tag |
| <input type="checkbox"/> Baustellentätigkeit/Montage: _____ % oder<br>_____ Std./Tag   | <input type="checkbox"/> Stehende Tätigkeit: _____ % oder<br>_____ Std./Tag |
| <input type="checkbox"/> Büro/Administration: _____ % oder<br>_____ Std./Tag           | <input type="checkbox"/> Gehende Tätigkeit: _____ % oder<br>_____ Std./Tag  |
| <input type="checkbox"/> _____ % oder<br>_____ Std./Tag                                |                                                                             |

---

**Fortbewegung**

- ☐ Begehen/Arbeiten von/in unebenem Gelände
- ☐ Begehen von Treppen
- ☐ Regelmässige Gehstrecken > 100 m
- ☐ Arbeiten auf Gerüsten und Leitern

---

**Arbeitshaltung**

- ☐ Arbeiten mit Haltung in verdrehter Stellung
- ☐ Arbeiten am Computer
- ☐ Arbeiten über Schulter-/Kopfhöhe
- ☐ Arbeiten in kniender oder hockender Position
- ☐ Vorgeneigtes Stehen/Sitzen
- ☐ Handrotationen

---

**Fortbewegung**

- ☐ Heben von > 5 kg (zirka \_\_\_\_ Mal pro Tag)
- ☐ Heben von > 15 kg (zirka \_\_\_\_ Mal pro Tag)
- ☐ Heben von > 25 kg (zirka \_\_\_\_ Mal pro Tag)
- ☐ Zieh- und/oder Stossbewegungen

---

**Diverses**

- ☐ Beidhändig zwingend notwendig
- ☐ Wärme
- ☐ Kälte
- ☐ Vibrationen

---

**Planung Wiedereinstieg**

Kann die aktuelle Tätigkeit so angepasst werden, dass mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit möglich wäre?

- ☐ Ja   ☐ Nein

**Falls ja:** Welche Einsätze wären möglich?

- ☐ Arbeitszeit gleitend   ☐ Arbeitszeit Halbtags  
☐ Ganztags mit reduzierter Leistung

**Falls nein:** Sind im Betrieb andere Tätigkeiten vorhanden, welche mit der aktuellen gesundheitlichen Einschränkung/Verletzung vorübergehend und/oder kurzfristig ausgeübt werden können?

- ☐ vorhanden   ☐ nicht vorhanden

Kurze Beschreibung dieses Arbeitsplatzes:

---

Datum und Unterschrift: