

**Abteilung:**

**Führungskraft** (Name, Vorname, Funktion):

**Mitarbeiter** (Name, Vorname, geb.):

## Vorstellungsschein bei MED

Der oben genannte Mitarbeiter legt uns von seinem betreuenden Arzt ein Attest vor, nach dessen Aussagen die Einsatzfähigkeit des Mitarbeiters eingeschränkt erscheint. Wir bitten die Überprüfung der Einsatzfähigkeit.

Als weitere Information haben wir das Arbeitsplatzprofil der vorgesehenen Arbeitsplätze beigefügt:

## Mögliche Arbeitsplätze des Mitarbeiters

Nr.	Arbeitsplatz
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
MA	Einschränkungen, die der Mitarbeiter von sich schildert.

# Arbeitsplatzprofil möglicher Arbeitsplätze

Belastung / Arbeitsplatz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	MA
<b>Körperliche Belastung</b>																
Sitzen																
Stehen																
Hocke kniend																
Wechsel Sitzen / Gehen / Stehen																
gebückte Haltung																
Überkopfarbeiten																
auf Leitern und Gerüste steigen																
Arbeiten in großen Höhen																
Heben und Tragen von Lasten																
Tragen von Schutzanzügen																
erhöhte Sehaufgabe																
Atemschutz																
<b>Umwelteinflüsse</b>																
Nässe / Kälte / Zugluft																
thermische Belastungen																
mechanische Schwingungen																
Lärm (Gehörschutz)																
hautbelastende Stoffe																
<b>Arbeitszeit</b>																
Schichtdienst (früh / spät)																
Nachtarbeit																
<b>Arbeitsorganisation</b>																
Einzelakkord																
Gruppenakkord																

## Legende:

0 = kommt nie vor	1 = kommt gelegentlich vor	2 = kommt überwiegend vor	3 = kommt immer vor
a = nie möglich	b = gelegentlich möglich	c = überwiegend möglich	d = immer möglich

## Zeitlicher Rahmen der täglichen Arbeitszeit

nie = 0 %	gelegentlich = 1 – 49 %	Überwiegend = 50 – 99 %	Immer = 100 %
-----------	-------------------------	-------------------------	---------------

Die Betrachtung der Arbeitsplätze wurden gemeinsam mit dem Mitarbeiter durchgeführt. Der Mitarbeiter hatte die Möglichkeiten, seine Einschränkungen zu den Arbeitsplatzmerkmalen anzugeben. Der zeitliche Rahmen der Tagesarbeitszeit für die jeweiligen Einstufungen wird in Prozent angegeben.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Führungskraft)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Mitarbeiter)

\_\_\_\_\_

(ggf. Unterschrift BER)