

## 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: