

## Protokoll Rückkehrgespräch

### Absenzenmanagement

Name / Vorname Mitarbeiter / -in:

Abteilung:

Name Vorgesetzte / Vorgesetzter

Datum des Gesprächs:

Arbeitsunfähig vom

bis

**1. Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?**

- gut, ohne Einschränkungen  
 gut, mit Einschränkungen  
 ungenügend

**2. Wie beurteilen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit?**

- gut, ohne Einschränkungen  
 gut, mit Einschränkungen  
 ungenügend

**3. Wurde Ihre Abwesenheit / Absenz durch bestimmte Belastungsfaktoren beeinflusst / ausgelöst?**

- nein       ja

a) durch Ihr berufliches Umfeld

- |  |                               |                             |                                    |
|--|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| • Arbeitsgeräte, Maschinen             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Raumklima                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Arbeitsmenge oder -tempo             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Arbeitsplatz (z. B. Bildschirm)      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Arbeitsrhythmus (z. B. Nachtarbeit)  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Material und Stoffe (z. B. Allergie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |
| • Zusammenarbeit / Arbeitsklima        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise |

b) durch andere Faktoren wie ...

- nein       ja       teilweise

**4. Sind unterstützende / entlastende Massnahmen angezeigt?**

- nein       ja, welche?

**5. Termin für Folgegespräch**

- nein       ja, wann?

Unterschrift Mitarbeiter / -in