

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 nein ja teilweise
- Raumklima nein ja teilweise
- Arbeitsmenge oder -tempo nein ja teilweise
- Arbeitsplatz (z. B. Bildschirm) nein ja teilweise
- Arbeitsrhythmus (z. B. Nachtarbeit) nein ja teilweise
- Material und Stoffe (z. B. Allergie) nein ja teilweise
- Zusammenarbeit / Arbeitsklima nein ja 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