

# Arbeitsunfähigkeitszeugnis Nordwestschweiz

## Arbeitsplatzbeschreibung

- Dient als Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Dieses ist kostenpflichtig und von der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber mit CHF 60.– zu vergüten.
- **Arbeitgeberin/Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

## Personalien der arbeitsunfähigen Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Stellenbeschreibung

- **Hauptaufgaben/aktuelle berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

- **Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

- **Spezielle Anforderungen/Rahmenbedingungen:**

Sitzarbeitsplatz	Kundenkontakt	Arbeit im Freien
Steharbeitsplatz	Teamarbeit	Heben < 5 kg
Sitz-Steharbeitsplatz	Lärm	Heben > 5 kg
Bildschirmarbeitsplatz	Wärme/Kälte/Dämpfe	Heben > 10 kg
Visuelle Kontrolltätigkeit	Geruch/Staub	Heben > 15 kg (teilweise)

- **Arbeitszeit:**

Tagesbetrieb fix	2-Schichtbetrieb (rotierend)	nur Nachtschicht
Tagesbetrieb gleitend	3-Schichtbetrieb rotierend	

- **Schonarbeitsplatz:** vorhanden nicht vorhanden

- **Kontaktaufnahme durch die Ärztin/den Arzt:** erwünscht

- **Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

- **Kontaktperson in der Firma:**

Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Funktion: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel

- **Einverständnis Mitarbeitende/Mitarbeitender:**

Ich bin einverstanden, dass meine Arbeitgeberin/mein Arbeitgeber ein detailliertes ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis einholt und dass meine Ärztin bzw. mein Arzt meiner Arbeitgeberin/meinem Arbeitgeber auf dem Formular „Detailliertes ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis für die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber“ ohne Angaben zu meiner Krankheit (**keine Diagnose, keine Befunde usw.**) Auskunft gibt.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitarbeitende/r: \_\_\_\_\_