

Kurzfragebogen Vertrauensarzt (Seite 2)

In **welchem Umfang (Std./Tag) wäre einen angepasste Tätigkeit möglich** und mit welchem **Belastungsprofil?**

Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden? ja nein

Wenn ja, wann und in welchem Umfang (Arbeitsfähigkeit)?

% ab Steigerung / Eingliederung bis maximal % Arbeitsfähigkeit ab

Ergänzende Informationen

Zumutbare Arbeiten unter Berücksichtigung des **momentanen gesundheitlichen Zustandes**

Gültig ab			ganztags		Falls nein Anzahl Std./Tag und weshalb?	Angaben in %
	ja	nein	ja	nein		
rein "sitzende" Tätigkeiten			ja	nein		
rein "stehende" Tätigkeiten			ja	nein		
wechselbelastende Tätigkeiten			ja	nein		
Vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?)			ja	nein		
Bücken			ja	nein		
Über-Kopf-Arbeiten			ja	nein		
Kauern			ja	nein		
Knien			ja	nein		
Rotation im Sitzen / Stehen			ja	nein		
Heben Tragen (körpernah/-fern) Gewichtslimite: kg			ja	nein		
Auf Leitern / Gerüste steigen			ja	nein		
Treppen steigen			ja	nein		
Anderes? (z.B. Beidhändigkeit eingeschränkt)			ja	nein		

	eingeschränkt	uneingeschränkt	Art
Konzentrationsvermögen			
Auffassungsvermögen			
Anpassungsfähigkeit			
Belastbarkeit			
Fahrtauglichkeit			

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift Arzt: