

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:
Unfalltag:

Belastungserprobung

Ich halte eine Belastungserprobung für erforderlich und empfehle

1 Beginn der Maßnahme:

2 Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: Wochen

3

1. Woche: täglich	Stunden
2. Woche: täglich	Stunden
3. Woche: täglich	Stunden
4. Woche: täglich	Stunden
5. Woche: täglich	Stunden
6. Woche: täglich	Stunden

4 Empfohlene Tätigkeiten:

- Bisherige Tätigkeit in uneingeschränkter Form
- Bisherige Tätigkeit in eingeschränkter Form (vgl. nächste Seite)
- Andere Tätigkeit (vgl. nächste Seite)

5 Zur Beobachtung des Heilverfahrens ist eine Vorstellung vorgesehen:

- am bei uns
- regelmäßig bei

6 Ärztliche Stellungnahme zur Belastbarkeit:

Es soll vermieden werden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ständiges Stehen | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Ständiges Gehen | <input type="checkbox"/> Fahren von Kraftfahrzeugen |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten über Kopf | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung der Hand |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten in gebückter Stellung | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten kniend | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung des Armes |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten hockend | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Alleiniges Heben und Tragen von Lasten
über kg | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung des Beines |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Starker Lärm |
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig |

6.1 Sonstiges:

7 Hinweise für den Weg zur Arbeitsstelle, wenn nicht wie bisher möglich:

8 Sonstiges:

Der Vorschlag wurde mit dem Hinweis besprochen, dass der Arbeitgeber bei Durchführung der Belastungsprüfung von diesem Schreiben Kenntnis erhält.

(Datum)

(Unterschrift des Arztes)

Anlage
Arbeitsplatzbeschreibung

Verteiler
Versicherter