Detailliertes ressourcenorientiertes Arztzeugnis

# Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie Überprüfung einer möglichen Teilarbeitsfähigkeit

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | Geburtsdatum | | |
| Text |  | Zahl | | |
| Arbeitsort |  | Funktion |  | Beschäftigungsgrad in % |
| Text |  | Text |  | Zahl |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stellenbeschreibung / Arbeitsplatzbeschreibung |  |  |
| Stellenbeschreibung / Arbeitsplatzbeschreibung  beilegen oder beschreiben | | |

**Arbeitsunfähigkeit / Teilarbeitsfähigkeit bisherige Tätigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | Datum | bis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsunfähig zu 100% |  |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf den Beschäftigungsgrad (=Präsenzfähigkeit) | Zu Zahl % |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf die aktuelle Präsenzfähigkeit (=Leistungsfähigkeit) | Zu Zahl % |

**Teilarbeitsfähigkeit angepasste Tätigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | Datum | bis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf den Beschäftigungsgrad (=Präsenzfähigkeit) | Zu Zahl % |
| Teilarbeitsfähig bezogen auf die aktuelle Präsenzfähigkeit (=Leistungsfähigkeit) | Zu Zahl % |

**Anforderungen und Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz**

*⏵Formular bei Gebrauch anpassen und kürzen: Es sollen nur Anforderungen ausgewählt werden, die zum Stellenprofil passen. Anforderungen sollen mit arbeitsplatzspezifischen Gegebenheiten ergänzt werden um ein klares Bild der Tätigkeit und dem Umfeld zu vermitteln.*

Die Ärztin bzw. der Arzt beurteilt mittels Ankreuzen und bei Bedarf Ergänzen (rechte Spalte), inwieweit es seiner Patientin / seinem Patienten in gesundheitlicher Hinsicht möglich ist, die Anforderungen zu erfüllen oder unter den Rahmenbedingungen zu arbeiten (Hinweise an Ärztin/Arzt zum Ausfüllen auf der letzten Seite).

**Körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an die Körperhaltung bzw. die Fähigkeit zur Fortbewegung** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Arbeiten im Sitzen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten im Stehen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten im Gehen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten am Bildschirm / PC / Laptop / Tablet |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten im Knien oder Hocken |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten im Kriechen oder Rutschen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Über-Kopf-Arbeiten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| verdrehte Körperhaltung am Arbeitsplatz |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| einseitige Körperhaltung beim Arbeiten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| ausdauernde Körperkraft erforderlich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Wechsel der Körperhaltung ist beim Arbeiten möglich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an die Beweglichkeit (Drehen, Neigen, Beugen, Dehnen, Strecken)** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Bewegungen des Kopfes |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Bewegungen des Oberkörpers einschliesslich Schultern und Hüfte |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Bewegungen der Arme, Hände und Finger |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Präziser Handeinsatz (Fingerfertigkeit und Geschick in der Feinarbeit) |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Bewegungen der Beine und Füsse |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an die körperliche Kraft** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Heben von Gegenständen oder Lasten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Tragen von Gegenständen oder Lasten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Schieben, Ziehen oder Rollen von Gegenständen oder Lasten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Krafteinsatz der Hände / Finger erforderlich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an die Sinne** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Sehvermögen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Hörvermögen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Gleichgewicht halten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

**Anforderungen an Verstand, Denken, Persönlichkeit und weitere psychosoziale Aspekte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an Verstand und Denkvermögen** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Denken in logischen Abfolgen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Konzentrationsfähigkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeitsplanung selbst vornehmen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Lern- und Merkfähigkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Kreativität (Entwicklung eigenständiger Ideen / Konzepte / Projekte) |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderungen an Persönlichkeitsmerkmale** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Sorgfalt / Genauigkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Aufmerksamkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Pünktlichkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Ausdauer |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Kritik angemessen entgegennehmen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Flexibilität und Fähigkeit, sich auf neue Situationen einzustellen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Eigenmotivation und Übernahme von Verantwortung |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Führungsrolle wahrnehmen können |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitsgestaltung und psychosoziale Aspekte** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Arbeiten nach groben Zielvorgaben (Selbständigkeit, keine Detailanweisungen) |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Aufgaben auf genaue Anweisung (wenig eigener Handlungsspielraum) |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Häufige Störungen / Arbeitsunterbrechungen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Gleichzeitiges Bearbeiten verschiedener Aufgaben |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Umgang mit Kunden |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Eigene Emotionen kontrollieren |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten im Team |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten unter Beobachtung |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten unter Zeitdruck |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Isoliertes Arbeiten ohne Austauschmöglichkeit mit Anderen / Alleinarbeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

**Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitszeitgestaltung** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| fester Tagesdienst |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| gleitender / wechselnder Tagesdienst |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Nachtdienst erforderlich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| ausschliesslich Nachtdienst |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Pikettdienst |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| feste Pausenregelung |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitsort, Erreichbarkeit und Arbeitswege** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| fester Einsatzort beim Arbeitgeber |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Möglichkeit, von zuhause aus zu arbeiten |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| ständige Erreichbarkeit |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| wechselnde Einsatzorte |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Weitere Arbeitsumgebung** | Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt | |
| Nässe, Kälte, Zugluft |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Hitze |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Belastung durch Rauch, Dämpfe, Gase, Geruch, Staub |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Kontakt zu Chemikalien |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Belastung durch Vibrationen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Gehen auf unebenem Gelände |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Treppen- und Leitersteigen erforderlich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Rasches Gehen oder Rennen erforderlich |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten in Menschenmengen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten in beengten Platzverhältnissen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Arbeiten in der Höhe (Dächer, Leitern, Gerüste) |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Persönliche Schutzausrüstung tragen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

**Spezifische Anforderungen am Arbeitsplatz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Führen von Maschinen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
| Führen von Fahrzeugen |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |
|  |  | möglich |
|  | nicht möglich |
|  | wie folgt möglich: |

## Auflagen

|  |
| --- |
|  |

## Prognose

Eine weitergehende Prognose zur beruflichen Eingliederung ist voraussichtlich möglich per:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | | Unterschrift Arzt/Ärztin |
|  | |  | Text |

**Hinweise zur Beurteilung an die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ihre Beurteilung:*** | ***Das heisst für die verantwortliche Person seitens Arbeitgeber:*** |
| **möglich** | Ihre Patientin / Ihr Patient kann die Anforderungen in gesundheitlicher Hinsicht ohne Einschränkungen erfüllen bzw. ist den Rahmenbedingungen in gesundheitlicher Hinsicht gewachsen |
| **nicht möglich** | Ihre Patientin / Ihr Patient kann die Anforderungen aus gesundheitlichen Gründen nicht erfüllen bzw. ist den Rahmenbedingungen in gesundheitlicher Hinsicht nicht gewachsen |
| **wie folgt möglich:** | Ihre Patientin / Ihr Patient kann die Anforderungen in gesundheitlicher Hinsicht teilweise erfüllen bzw. ist den Rahmenbedingungen in gesundheitlicher Hinsicht teilweise gewachsen.  Bei der Option «wie folgt möglich» können Sie mit freien Textergänzungen die gesundheitsbedingten Grenzen der Leistungsfähigkeit beschreiben.  Sie können ein zeitliches Limit für die Auswahl angeben:  *z.B. bis zu 4 Stunden.*  Sie können die Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit eingrenzen:  *z.B.* unter Heben und Tragen den Zusatz: *bis 5 kg* oder  unter Arbeiten im Sitzen: *mit regelmässigen Pausen* oder  *Möglichkeit zum Wechsel der Körperhaltung erforderlich* oder  unter Sorgfalt: *eingeschränkte Aufmerksamkeitsspanne.*  Sie können Hinweise zur eingeschränkten Beweglichkeit geben, indem sie Zusätze verwenden wie:  z.B. *keine Drehbewegungen des Knies* oder  *Oberkörper nur eingeschränkt beugen*  Gerne dürfen Sie Empfehlungen abgeben für den Einsatz von Hilfsmitteln  oder zur Unterstützung bei der Eingliederung bzw. zur Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen. |

Sollten Sie **prognostisch** in einiger Zeit eine **veränderte Leistungsfähigkeit** erwarten, können Sie im abschliessenden Beurteilungsblock ein Datum eingeben, zu welchem Zeitpunkt aus Ihrer Sicht eine neue Einschätzung zur Eingliederung sinnvoll ist.

***Beachten Sie, dass Sie weder Diagnose/n noch Befund/e darlegen sollen.***