Langzeitabsenz: ERSTGESPRÄCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Gespräch** | | |
| Name/ Vorname Mitarbeiter/in: | | Amt Abteilung: |
| Vorgesetze/r: | | Datum des Gesprächs: |
| **Ausgangslage** (Was hat sich verbessert/ keine Diagnose erfassen!) | | |
| **Stehen die Absenzen in Zusammenhang mit der Arbeit? Falls ja, wie?**  a) Kategorien ankreuzen b) Unterpunkte unterstreichen | | |
| ☐ | Tätigkeit *(Organisation der Arbeit; Über- oder Unterforderung; Stress und Hektik; Arbeitsmenge; Personalplanung; weitere:…)* | |
| ☐ | Körperliche Beanspruchungen *(Heben und Tragen; langes Stehen und Sitzen; einseitige Belastung; weitere:…)* | |
| ☐ | Arbeitsplatz *(Lärm; Temperatur; Licht; Zugluft; weitere:...)* | |
| ☐ | Führung *(Fairness; Motivation; Unterstützung; Lob und Kritik; Kommunikation; Kontrolle; weitere:…)* | |
| ☐ | Team *(Zusammenarbeit; Arbeitsklima; gegenseitige Unterstützung; Konflikte; Mobbing; Belästigungen; weitere:…)* | |
| ☐ | Mehrfachbelastungen *(private Probleme; Work-Life-Balance; weitere:…)* | |
| ☐ | Andere Themen : ……………………………………………………. | |
| **Erklärungen und Ergänzungen** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unterstützungsmassnahmen /Ziele** | **Verantwortlich** | **Zeitraum** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Werden keine Massnahmen definiert, bitte begründen: | | |

Das Standortgespräch findet statt am: Zeit:       Datum:

Wird der Fall ohne Standortgespräch abgeschlossen ja nein

|  |
| --- |
| Bei Ja bitte begründen: |

Die Angaben werden **streng vertraulich** behandelt.

Die Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter erhält eine Kopie des ausgefüllten Formulars.

Das Formular wird im Personaldossier abgelegt.