Langzeitabsenz: STANDORTGESPRÄCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Gespräch** | | |
| Name/ Vorname Mitarbeiter/in: | | Amt/ Abteilung: |
| Vorgesetze/r: | | Datum des Gesprächs: |
| 1. Standortgespräch  weiteres Standortgespräch | | |
| **Ausgangslage:** (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/Vereinbarungen/Ziele** | **Verantwortlich** | **Zeitraum** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Werden keine Massnahmen, definiert bitte begründen: | | |

Mögliche Ferienkürzungen (ohne BU) wurden kommuniziert  ja  nein

Falls Ferien geplant sind: Ferienfähigkeit durch Ärztin/Arzt beurteilen lassen.

Das nächste Standortgespräch findet statt am: Datum:       Zeit:

Wird der Fall 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.