

**214.***(Sofern bekannt, bitte angeben)***Arbeitsplatz-Anforderungsprofil für**

Beschäftigt als:

**Folgende Belastungen treten am Arbeitsplatz auf:**

<input type="checkbox"/> vollschichtig	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> im Freien
<input type="checkbox"/> halb- bis untervollschichtig von bis Stunden täglich	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen/ Werk- hallen
<input type="checkbox"/> unterhalbschichtig von bis Stunden täglich	<input type="checkbox"/> Früh-/Spät-/Nachschicht	<input type="checkbox"/> in temperierten Räumen
	<input type="checkbox"/> Dauernachtschicht	
	<input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit ..... Stunden	

**Arbeitsschwere**

Ständig	Häufig (bis 12 x je Stunde)	Gelegentlich (1-2 x je Stunde)
---------	-----------------------------	--------------------------------

Die Kilogrammwerte gelten für Heben, Tragen, Umsetzen und für Ziehen, Schieben, die den gleichen Kraftaufwand erfordern

<input type="checkbox"/> leichte Arbeit bis 10 kg	<input type="checkbox"/> leichte Arbeit bis ca. 10 kg	<input type="checkbox"/> leichte Arbeit bis ca. 10 kg
<input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit bis 15 kg	<input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit bis ca. 15 kg	<input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit bis 15 kg
<input type="checkbox"/> schwere Arbeit über 15 kg	<input type="checkbox"/> schwere Arbeit über 15 kg	<input type="checkbox"/> schwere Arbeit über 15 kg
<input type="checkbox"/> Heben, Tragen oder Hantieren mit entsprechendem Kraftaufwand ist max. erforderlich bis kg		

**Arbeitshaltung**

Ständig (> 90 % der Arbeitszeit)	Überwiegend (51-90 % der Arbeitszeit)	Zeitweise (11-50 % der Arbeitszeit)	Gelegentlich (< 10 % der Arbeitszeit)
<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> Stehen
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Gehen
<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Sitzen
<input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> im Wechsel
<input type="checkbox"/> Bücken	<input type="checkbox"/> Bücken	<input type="checkbox"/> Bücken	<input type="checkbox"/> Bücken
<input type="checkbox"/> Knien	<input type="checkbox"/> Knien	<input type="checkbox"/> Knien	<input type="checkbox"/> Knien
<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen

**Folgende zusätzliche Belastungen können auftreten:**

Bei Mehrfachnennungen bitte „Zutreffendes“ auswählen

- Erhöhter Zeitdruck (z.B. Gruppenakkord, starre Taktbindung, usw.)
- Fahr- und Steuertätigkeiten (z.B. Lkw, Stapler, Schlepper); zeitlicher Anteil \_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_ Minuten täglich
- Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr (z.B. mit Absturzgefahr, an rotierenden Werkzeugen/-stücken, in Fahrbahnnahe); zeitlicher Anteil \_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_ Minuten täglich
- Stehen/Arbeiten auf Leitern; zeitlicher Anteil \_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_ Minuten täglich
- Gase, Dämpfe, Aerosole, Stäube, Rauch; Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Lösemittel, Lacke; Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Öle, Fette, Emulsionen; Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Vibrationen (Ganzkörpervibration, Hand-Arm-Vibration); Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Torsion der Wirbelsäule, seitliche Rumpfneigung; zeitlicher Anteil \_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_ Minuten täglich
- Zwangshaltungen (z.B. Überschulterarbeit, Überkopfarbeit, Armvorhalten); zeitlicher Anteil \_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_ Minuten täglich
- Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen, Hitze; Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Lärm; Häufigkeit \_\_\_\_ täglich wöchentlich monatlich
- Erhöhte psychische Anforderungen (z.B. Leitungsfunktion, hohe Verantwortung für Personen und hohe Sachwerte)
- Erhöhte Anforderungen an die Feinmotorik der Hände
- Erhöhte Anforderungen an die Grobmotorik der Hände

Bemerkungen (falls erforderlich, bitte Rückseite verwenden):

Datum

Stempel und Unterschrift des Betriebes