

**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 untermittelschichtig	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen/ Werk-
von _____ bis _____ Stunden täglich	<input type="checkbox"/> Früh-/Spät-/Nachschicht	hallen
<input type="checkbox"/> unterhalbsschichtig	<input type="checkbox"/> Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/> in temperierten Räumen
von _____ bis _____ Stunden täglich	<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"/> Gehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> im Wechsel
<input type="checkbox"/> Bücken <input type="checkbox"/> Knien <input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Bücken <input type="checkbox"/> Knien <input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Bücken <input type="checkbox"/> Knien <input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Bücken <input type="checkbox"/> Knien <input type="checkbox"/> Treppensteigen

**Folgende zusätzliche Belastungen können auftreten:**

Bei Mehrfachnennungen bitte „Zutreffendes“ auswählen

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

Bemerkungen (falls erforderlich, bitte Rückseite verwenden):

Datum

Stempel und Unterschrift des Betriebes