


Name, Vorname	 Bundesagentur für Arbeit
Kundennummer	

Agentur für Arbeit

Fragebogen zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf ärztlichen Rat

Arbeitgeber:

Angaben des Antragstellers

1. Beschreibung des Arbeitsplatzes

Bitte tragen Sie hier ein, welche Tätigkeiten Sie ausgeübt haben und welchen besonderen Belastungen oder äußeren Einflüssen Sie ausgesetzt waren (z.B. Heben, Tragen, Bücken, Nässe, Kälte, Staub):

War Schichtarbeit zu leisten? **Nein** **Ja**, Arbeit in 2 Schichten **Ja**, Arbeit in 3 Schichten

2. Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses

Haben Sie versucht, mit Ihrem Arbeitgeber die gesundheitlichen Belastungen zu vermeiden (ggf. durch einen anderen Arbeitsplatz)?

Ja das Gespräch fand statt am _____ mit _____

Ergebnis:

Nein Begründung: _____

Ort und Datum

Unterschrift

Name, Vorname:	Kundennummer:
----------------	---------------

Ärztliche Stellungnahme

Hinweis:

Es sollen gesundheitliche Gründe für die Aufgabe der Beschäftigung vorliegen. Diese können durch nachfolgende Bestätigung belegt werden. Stellen Sie ihre Bestätigung bitte auf die Arbeitsplatzbeschreibung ab.

Sie können nach Nrn. 80 und 95 GOÄ (einfacher Satz) mit der Agentur für Arbeit abrechnen.

Folgende Tätigkeiten können nicht mehr ausgeübt werden:

Die Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt:

Ich habe daher am _____ empfohlen, die Beschäftigung aufzugeben.

Ort und Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Absender: