



ÄRZTLICHE EIGNUNGSUNTERSUCHUNG UND BERATUNG FÜR NACHTARBEIT

(Obligatorische Untersuchung gemäss Art. 45 ArGV 1)

(s. Leitfaden zur medizinischen Vorsorge für Nacht- und Schichtarbeitende
→ www.arbeitszeitbewilligung.ch)

Name und Adresse des Arztes / der Ärztin:

--

Name und Adresse des Betriebes:

--

Untersuchte Person:

Name _____	Vorname _____	Geburtsjahr _____
Adresse _____		

Ort, Datum: _____

Unterschrift untersuchte Person: _____

Bitte handschriftlich unterschreiben

Entscheid:

Der/die Obgenannte wurde von mir bezüglich der Eignung für die vorgesehene Tätigkeit in Nacht- und Schichtarbeit abgeklärt. (Zutreffendes ankreuzen)

- Der vorgesehene Einsatz ist möglich (Eignung).**
- Der vorgesehene Einsatz ist vorübergehend nicht möglich (vorübergehende Nichteignung):**
Neubeurteilung in Monaten
- Der vorgesehene Einsatz ist unter folgenden Bedingungen möglich (bedingte Eignung):**
.....
.....
- Der/die betroffene Mitarbeiter/in ist aus gesundheitlichen Gründen für die vorgesehene Tätigkeit nicht geeignet (Nicht-Eignung).**

Diese Eignungsabklärung gilt für maximal 2 Jahre.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Arzt / Ärztin: _____

Bitte handschriftlich unterschreiben

Entscheid und Rechnung an: →

- Arbeitgeber (Bewilligung für Nacht- und Schichtarbeit). **Dieses Formular ist vom Arbeitgeber gemäss Art. 46 ArG und Art. 73 ArGV 1 aufzubewahren für die Einsichtnahme der zuständigen Vollzugs- und Aufsichtsbehörden.**

Entscheid an: →

- untersuchte Person