

Tätigkeitsbeschreibung

Welchen Beruf üben Sie aus?

In welcher Branche sind Sie tätig?

Festes Angestelltenverhältnis Ja Nein

auf Zeit begrenztes Angestelltenverhältnis Ja Nein

freiberuflich / selbstständig Ja Nein

Anzahl der angestellten Vollzeitkräfte

Seit wann? Bei befristetem Verhältnis von/bis

Welche Ausbildung haben Sie absolviert? Bitte Angabe zu Art, Institution, Ort, Dauer, Abschluß, etc.

Angaben zum bisherigen beruflichen Werdegang

Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

Kaufmännische Tätigkeit:	_____ %	Reisetätigkeit:	_____ %
Handwerkliche/Praktische Tätigkeit:	_____ %	Sonstige Tätigkeit:	_____ %
Künstlerische Tätigkeit:	_____ %	Bürotätigkeiten:	_____ %

Sind Sie in Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Wenn ja, welchen? Ja Nein

Worin besteht Ihre berufliche Tätigkeit? Tragen Sie bitte den durchschnittlichen Zeitaufwand für die verschiedenen Teiltätigkeiten in die Übersicht ein. Hierbei ist es wichtig, dass ein Außenstehender nachvollziehen kann, welche Aufgaben und Tätigkeiten ausgeübt werden. (Detaillierte Beschreibung und derzeitige Tätigkeit)

Hauptaufgaben:

Täglicher Zeitaufwand

Wöchentlicher Zeitaufwand

_____	_____ Std.

Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfallgefahr | <input type="checkbox"/> schwere körperliche Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatureinflüsse | <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung (z. B. Knien, Überkopfarbeiten) |
| <input type="checkbox"/> Kontakt mit Stäuben, Gasen oder Chemikalien | <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit |
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> Sehvermögen |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen | <input type="checkbox"/> Hörvermögen |
| <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen | <input type="checkbox"/> Stimme |
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration | <input type="checkbox"/> Akkordarbeit |
| <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung | <input type="checkbox"/> Schichtdienst |
| <input type="checkbox"/> Riechvermögen | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> Tastvermögen | |

Ort, Datum

Unterschrift Kunde