



ÄRZTLICHE EIGNUNGSUNTERSUCHUNG UND BERATUNG FÜR NACHTARBEIT

(Obligatorische Untersuchung gemäss Art. 44 ArGV 1)

(siehe Merkblatt zur medizinischen Vorsorge für Nacht- und Schichtarbeit → www.avw.llv.li)

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 Obengenannte wurde von mir bezüglich der Eignung für die vorgesehene Tätigkeit in Nacht- und Schichtarbeit abgeklärt. (Zutreffendes ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Der vorgesehene Einsatz ist möglich (Eignung)
<input type="checkbox"/> Der vorgesehene Einsatz ist vorübergehend nicht möglich (vorübergehende Nichteignung): Neubeurteilung in _____ Monaten
<input type="checkbox"/> Der vorgesehene Einsatz ist unter folgenden Bedingungen möglich (bedingte Eignung):
<input type="checkbox"/> Der/die betroffene Mitarbeiter/in ist aus gesundheitlichen Gründen für die vorgesehene Tätigkeit <u>nicht geeignet</u> (Nichteignung)

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. 43 ArG und Art. 59 ArGV 1 aufzubewahren für die Einsichtnahme der zuständigen Vollzugs- und Aufsichtsbehörden.

Entscheid an:



- untersuchte Person