|  |
| --- |
| **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