

## Organisation und Protokoll Arbeitsversuch

Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personal-Nr.: \_\_\_\_\_

Kostenstelle: \_\_\_\_\_

Vorgesetzter: \_\_\_\_\_

### Arbeitsversuch

auf Kostenstelle: \_\_\_\_\_

zuständige

Führungskraft: \_\_\_\_\_

prinzipielle Eignung des Arbeitsplatzes geprüft durch:

am:

Beginn Arbeitsversuch:

Ende Arbeitsversuch:

Ergebnis:

- Arbeitsplatz geeignet
- Arbeitsplatz nicht geeignet
- Abbruch durch Mitarbeiter:

Grund:

Abbruch durch:

Grund:

Stellungnahme Betriebsarzt:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Führungskraft Arbeitsversuch

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter