**Vorlage: Begleitschreiben und Formular medizinische Eignungsbeurteilung**

**Medizinische Eignungsabklärung für**

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr

Um den Gesundheitsschutz unserer schwangeren und unserer stillenden Mitarbeiterinnen sicherzustellen und basierend auf Art. 63 der Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz haben wir eine Risikobeurteilung für deren Tätigkeiten durchgeführt.

Gemäss Art. 2 der Verordnung des WBF vom 20. März 2001 über gefährliche und beschwerliche Arbeiten bei Schwangerschaft (Mutterschutzverordnung) muss dieser Schutz durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt überprüft werden.

Wir bitten Sie deshalb, die Eignung zur Beschäftigung unserer Mitarbeiterin mit der Unterschrift auf der zweiten Seite dieses Schreibens zu bestätigen. Müssen für eine Beschäftigung zuerst bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, bitten wir Sie, uns diese zwecks Umsetzung konkret zu beschreiben.

Die Kosten für diese medizinische Eignungsbeurteilung trägt unser Unternehmen. Sie können die Rechnung an folgende Adresse schicken:

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Beilagen: Risikobeurteilung, Rücksendekuvert

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Adresse der Ärztin / des ArztesKlicken Sie hier, um Text einzugeben. | Arbeitgeber/-inFügen Sie hier die Angaben ein. |
|  |  |
| **Untersuchte Person** |
| Name, Vorname, Geburtsdatum: |
| Funktion im Betrieb: Fügen Sie hier die Funktion ein.Berechneter Geburtstermin: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Entscheid**Bei der vorgenannten schwangeren Frau / stillenden Mutter wurde eine Eignungsbeurteilung für die vorgesehene Tätigkeit während der Schwangerschaft / Stillzeit vorgenommen. Das Ergebnis der Beurteilung lautet: *(Zutreffendes ankreuzen)* |
|[ ]  Die Beschäftigung am betreffenden Arbeitsplatz ist vorbehaltlos möglich. |
|[ ]  Die Beschäftigung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich: |
|  |[ ]  Einsatz unter folgenden Bedingungen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |[ ]  Eine Rücksprache mit dem Arbeitgeber ist erforderlich. |
|  |[ ]  Eine Rücksprache mit dem zuständigen Arbeitsmediziner/ASA-Spezialisten ist erforderlich. |
|[ ]  Die Beschäftigung ist aus folgendem Grund nicht oder zurzeit nicht möglich (Beschäftigungsverbot): |
|  |[ ]  Fehlende oder ungenügende Risikobeurteilung |
|  |[ ]  Die erforderlichen Schutzmassnahmen sind nicht umgesetzt / werden nicht eingehalten. |
|  |[ ]  Die erforderlichen Schutzmassnahmen sind nicht genügend wirksam. |
|  |[ ]  Andere Hinweise auf eine Gefährdung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|[ ]  Neubeurteilung in Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Wochen |
| Ich bestätige, dass ich die Risikobeurteilung eingesehen habe und das Arbeitsumfeld mit der Schwangeren bzw. der stillenden Mutter besprochen habe.  |
| Ort und Datum | Unterschrift und Stempel Ärztin / Arzt |
| Entscheid geht an untersuchte Frau und deren Arbeitgeber |