

BG der Bauwirtschaft

D

Holstenwall 8-9

20355 Hamburg

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:

Ihr Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Datum: 18.01.2023

Name, Vorname: Bahnsen, Marvin geb.: 28.07.2000

Unfalltag: 24.11.2022

Belastungserprobung

Ich halte eine Belastungserprobung für erforderlich und empfehle

1 Beginn der Maßnahme:

2 Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: Wochen

3

1. Woche: täglich	4,0	Stunden
2. Woche: täglich	4,0	Stunden
3. Woche: täglich	6,0	Stunden
4. Woche: täglich	6,0	Stunden
5. Woche: täglich		Stunden
6. Woche: täglich		Stunden

4 Empfohlene Tätigkeiten:

- ☐ Bisherige Tätigkeit in uneingeschränkter Form
- ☒ Bisherige Tätigkeit in eingeschränkter Form (vgl. nächste Seite)
- ☐ Andere Tätigkeit (vgl. nächste Seite)

5 Zur Beobachtung des Heilverfahrens ist eine Vorstellung vorgesehen:

- ☐ am ☐ bei uns
- ☐ regelmäßig bei

6 Ärztliche Stellungnahme zur Belastbarkeit:

Es soll vermieden werden:

- ☐ Ständiges Stehen
- ☐ Ständiges Gehen
- ☐ Arbeiten über Kopf
- ☐ Arbeiten in gebückter Stellung
- ☐ Arbeiten kniend
- ☐ Arbeiten hockend
- ☐ Alleiniges Heben und Tragen von Lasten über kg
- ☒ Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen
- ☐ Nässe
- ☐ Kälte

- ☐ Hitze
- ☐ Fahren von Kraftfahrzeugen
- ☐ Starke Beanspruchung der Hand
 - ☐ rechts
 - ☐ links
- ☐ Starke Beanspruchung des Armes
 - ☐ rechts
 - ☐ links
- ☐ Starke Beanspruchung des Beines
 - ☐ rechts
 - ☐ links
- ☐ Starker Lärm
 - ☐ dauernd
 - ☐ zeitweilig

6.1 Sonstiges:

7 Hinweise für den Weg zur Arbeitsstelle, wenn nicht wie bisher möglich:

8 Sonstiges:

Der Vorschlag wurde mit dem Hinweis besprochen, dass der Arbeitgeber bei Durchführung der Belastungserprobung von diesem Schreiben Kenntnis erhält.

18.01.2023

(Datum)

Der Durchgangsarzt
Dr. med. Gerrit Prange
Chefarzt Unfallchirurgie
FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Friesenstraße 11
24534 Neumünster
Tel. 04321 / 405 - 2011
(Unterschrift des Arztes)

Anlage
Arbeitsplatzbeschreibung

Verteiler
Versicherter