

1) Name(n) des/der Beurteilers/Beurteiler:

2) Firma:

3) Datum der Beurteilung:

Dauer der Beurteilung:

Von _____ Uhr bis _____ Uhr

4) Arbeitsplatzbeschreibung: Arbeitstätigkeit

a) Tätigkeitsbezeichnung:

b) Tätigkeitsbereich/Tätigkeitsklasse

- Dienstleistungen
- Finanz- und Rechnungswesen
- Forschung und Entwicklung
- Informationsverarbeitung und Organisation
- Materialwesen
- Personalwesen
- Produktion
- Vertrieb

c) Die Tätigkeit ist

- überwiegend körperlich
- überwiegend geistig
- körperlich und geistig

d) Tätigkeitskurzbeschreibung (Nennen Sie bitte die Hauptaufgaben der Tätigkeit.):

e) Arbeitszeit

Die tariflich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.

Es liegt Schichtarbeit vor: wenn ja, welche? ja nein

Dauer und Lage der Schicht _____

- 1-Schicht
- 2-Schicht
- 3-Schicht
- Wechselschicht
- Spät/Nachtschicht

f) Der Arbeitsort, an dem die Tätigkeit ausgeführt wird,

- ist überwiegend fest
- wechselt ständig

g) Die Tätigkeit wird überwiegend ausgeführt als

- Einzelarbeit
- Gruppen-/Teamarbeit
- Einzel- und Gruppenarbeit

h) Hohe bis sehr hohe Belastungen aus der Arbeitsumgebung

- Hitze
- Kälte
- Lärm
- Gase, Stäube, Dämpfe
- Blendung
- schlechte Beleuchtung
- Zugluft
- Weitere: _____

5) Beschreibung des Messablaufs:

Der Arbeitsplatz wurde über die Dauer von _____ Minuten beobachtet/Interview wurde geführt und mit Hilfe der KPB-Checklisten beurteilt.

6) Bemerkungen:

7) Besonderheiten während der Beurteilung:

8) Interpretation der Ergebnisse:

9) Schlussfolgerungen und geplante Maßnahmen:

Ort, Datum

Unterzeichner