

## I.4.3 DOKUMENT: PROTOKOLL ARBEITSVERSUCH

### MITARBEITER/MITARBEITERIN:

Name:	
Vorname:	
Geschlecht:	
Personalnr:	
Kostenstelle:	
Vorgesetzte/r:	
(BEM-Nr.):	

### ARBEITSVERSUCH:

auf Kostenstelle:		
zuständige FK		
prinzipielle Eignung des Arbeitsplatzes geprüft durch:		am:
Beginn Arbeitsversuch:		
Ende Arbeitsversuch:		
Ergebnis:	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz geeignet	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz nicht geeignet
	<input type="checkbox"/> Abbruch durch Mitarbeiter/in: Grund:	<input type="checkbox"/> Abbruch durch: Grund:
Stellungnahme Arbeitsmediziner(in):		
	Datum,	Unterschrift Führungskraft
	Datum,	Unterschrift Mitarbeiter / Mitarbeiterin