

## 1. Angaben zur Person

|               |  |
|---------------|--|
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum: |  |

## 2. Angaben zum Erwerbsstatus

- Arbeitnehmer       Auszubildende/r       Arbeitssuchend       Hausfrau/-mann  
 Sozialhilfeempfänger       Erwerbsminderungsrentner/in, seit .....  
 volle Erwerbsminderung, seit .....       sonstiges, .....  
 Altersrentner seit ..... (keine weiteren Angaben notwendig)

## 3. Schulischer Werdegang

- Hauptschulabschluss       mittlere Reife       Abitur       Kein Schulabschluss

## 4. Beruflicher Werdegang

- Berufsschule, erlernter Beruf.....       Fachoberschule  
 Studium       Wechsel aus gesundheitlichen Gründen       kein Berufsabschluss

## 5. Letzte versicherungspflichtige/freiwillig Versicherte Tätigkeit

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Tätigkeit als:       |                     |
| Ausgeübt seit:       | Ausgeübt bis:       |
| Letzter Arbeitgeber: |                     |
| Branche:             | Anzahl Mitarbeiter: |

**Alle weiteren Angaben beziehen sich auf die letzte versicherungspflichtige/freiwillig Versicherte Tätigkeit**

## 6. Weg zum aktuellen/letzten Arbeitsplatz?

- zu Fuß       Fahrrad       Auto       Bus/Bahn

Entfernung zum Arbeitsplatz (in km): .....

## 7. Bisherige Arbeitsplatzanpassung

- krankheitsbedingt innerbetriebliche Umsetzung       krankheitsbedingte Arbeitszeitreduktion  
 erfolgte stufenweise Wiedereingliederung       Rücksichtnahme des Arbeitgebers  
 abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

## 8. Arbeitszeit

- Vollzeit ..... Std. an ..... Tagen/Woche       Teilzeit ..... Std. an ..... Tagen/Woche  
 Schichtarbeit       Wochenendarbeit

## 9. Körperhaltung bei der Arbeit

|        | Ständig                  | Überwiegend              | Zeitweise                |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 10. Heben und Tragen von Lasten am Arbeitsplatz

- Nicht notwendig     < 10 kg     10-15 kg     > 15kg  
 Hebehilfsmittel vorhanden     Unterstützung durch andere Mitarbeiter möglich

### 11. Zwangshaltung am Arbeitsplatz

- Keine     Oft in gebückter Stellung     Oft mit erhobenen Armen  
 Häufiges Steigen auf Leitern und Gerüst     sonstiges: .....

### 12. Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz

- Ständige Konzentration     Erhöhter Verantwortungsdruck     Erhöhter Zeitdruck  
 Erhöhter Leistungsdruck     Erhöhte Sprechbelastung     Erhöhte Unfallgefahr  
 Häufige Reisetätigkeit     Häufige Überkopfarbeit     Häufige Bildschirmarbeit  
 Akkordarbeit     Feinmotorik der Hände     Publikumsverkehr  
 Schwindelfreiheit     Gleichgewicht     Fließbandarbeit  
 Sonstiges: .....

### 13. Zufriedenheit am Arbeitsplatz

- Hoch     Mäßig     Gering

### 14. Äußere Einflüsse am Arbeitsplatz

- Keine     Kälte     Hitze     Zugluft     Nässe     Starker Lärm  
 Rauchentwicklung     Gerüche, Gas, Dämpfe     Sonstiges: .....

### 15. Subjektives Befinden am Arbeitsplatz

- keine körperliche, psychische und sozialen Belastungen     körperliche Belastung  
 Psychische Belastung     Soziale Belastung

### 16. Werden Sie Ihre gegenwärtige Berufstätigkeit wieder aufnehmen bzw. fortführen?

- Ich sehe keine Hindernisse  
 Ich habe Zweifel, weil .....

### Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten oder sind Sie krank geschrieben?    Nein

- Ja, und zwar:    von ..... bis ..... wegen .....  
von ..... bis ..... wegen .....  
von ..... bis ..... wegen .....

Ort, Datum

Unterschrift Rehabilitand/in

Bitte senden Sie uns die „Selbstauskunft Berufsanamnese“ ebenfalls vor Aufenthalt zu, vielen Dank!