

## 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"/>

