

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

4 Arbeitsplatzbeschreibung (der Tätigkeit, die zurzeit / zuletzt verrichtet wird / wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb (ca.)
Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Arbeitslos gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten / derzeitigen Arbeitgeber gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:		

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben / Tragen

Art der Lasten: _____

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?
 nein ja, folgende

weitere Bemerkungen _____

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

Ganztagsarbeit
 Teilzeitarbeit
 andere Arbeitszeitmodelle _____

regelmäßige Früh- / Spätschicht
 regelmäßige Dreischicht
 nur Nachtschicht
 starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord
 Beschreibung _____

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe
 Hitze
 starke Staubentwicklung
 Rauchentwicklung
 starker Lärm
 Lärmschutz muss getragen werden
 Erschütterungen / Vibrationen
 Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? _____
 hautreizende Stoffe, welche? _____
 atemwegsreizende Stoffe, welche? _____
 überwiegend im Freien
 überwiegend in Rohbauten
 überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

Pkw
 Lkw
 Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
 Personenbeförderung
 Gefahrguttransport

Sonstiges

Publikumsverkehr
 häufige Reisetätigkeit
 Auswärts-Montage
 Mitarbeiterführung
 erhöhte Unfallgefahr
 außerordentliche Konzentration erforderlich
 lange Anfahrtszeiten _____ Min.
 keine geregelten Pausen
 überwiegend Bildschirmarbeit
 besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z. B. Feinarbeit)

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können -gesundheitliche bzw. andere Gründe-? Bitte Beschwerden angeben.

5 Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?

nein ja von - bis _____ wegen _____

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein ja

Art der Behinderung	GdB	Merkzeichen	seit
		%	

6 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten zwölf Monaten in Behandlung?

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

7 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten zwölf Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

nein ja, wann und von welcher Stelle?

8 Betriebs- / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja, wegen

Ist ein Betriebs- / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebs- / Personalarztes

nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebs- / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

Ort, Datum _____

Unterschrift _____