

## Fragebogen zum letzten Arbeitsplatz und zu den letzten Arbeitsbedingungen



Name:

Vorname:

Pat.-Nr:

Geb.-Datum

Anreise:

**Schulabschluss:**

☐ ohne Abschluss

☐ Volksschule

☐ Hauptschule

☐ Realschule

☐ Gymnasium

☐ Universität

**Berufsausbildung:**

☐ keine

☐ ja, als

☐ mit Abschluss

☐ ohne Abschluss

**Weiterqualifikation:**

**Jetzige Anstellung als:**

seit:

**Letzter Arbeitgeber:**

☐ Sind Sie z.Zt. krank geschrieben (arbeitsunfähig?) ☐ nein ☐ ja, seit: \_\_\_\_\_

☐ Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: \_\_\_\_\_

☐ Beschäftigungsverhältnis ☐ besteht ☐ besteht nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

☐ Kündigung zum: \_\_\_\_\_

☐ Anerkennung GdB:

☐ Anerkennung MdE:

☐ Arbeits-, Wegeunfall

☐ Berufskrankheit

**Geringfügige Beschäftigung (Minijob):**

☐ nein

☐ ja

☐ mit Aufstockung

**Krankheitsbedingter Arbeitswechsel:**

☐ nein

☐ ja

**Umschulung:**

☐ nein

☐ ja

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ mit Abschluss

☐ ohne Abschluss

**Berufswechsel:**

☐ nein

☐ ja

im Jahr \_\_\_\_\_

**Wenn ja, aus folgenden Gründen:**

☐ wirtschaftliche Gründe

☐ gesundheitliche Gründe

**Innerbetriebliche Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen:**

☐ nein

☐ ja

**Tägliche Arbeitszeit:**

\_\_\_\_\_ Stunden

**Durchschnittliche tatsächliche Arbeitszeit:**

\_\_\_\_\_ Stunden

**Anzahl der Mitarbeiter des Arbeitgebers:** \_\_\_\_\_

**Normalschicht** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

**Wechsel-/Nachtschicht:**

☐ nein

☐ ja, Schichtdauer: \_\_\_\_\_

**Durchschnittliche körperliche Arbeitsanforderungen (Bitte ankreuzen):**

überwiegend

oft

selten

nie

Leichte Arbeiten (bis 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Arbeiten (bis 15 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Arbeiten (bis 20 - 40 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Technische Hilfsmittel vorhanden? ☐ nein ☐ ja Welche? \_\_\_\_\_

Bestehende Gewichte und Lasten: \_\_\_\_\_

**Weitere Arbeitsplatzanforderungen (Bitte ankreuzen):**

☐ im Wechsel zwischen Stehen (\_\_\_\_\_%), Sitzen (\_\_\_\_\_%), Gehen (\_\_\_\_\_%)

☐ vorwiegend im Stehen

☐ vorwiegend im Gehen

☐ vorwiegend im Sitzen

☐ vorwiegend im Sitzen und Stehen

☐ vorwiegend im Sitzen und Gehen

☐ Feinarbeiten mit besonderer Geschicklichkeit, Fingerfertigkeit und Sehgenauigkeit

	überwiegend	oft	selten	nie
Arbeit im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit in geschl. Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überwiegend	oft	selten	nie
Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbelastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliches Licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimaanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überwiegend	oft	selten	nie
Arbeiten in Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten im Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten im Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten im Hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitige Körperarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten auf Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten auf Gerüsten, Bühnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltearbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Arbeiten mit außergewöhnlicher Verletzungsgefahr, z.B. durch:

☐ Unterstützung mittels technischer Hilfen bei schweren Arbeiten durch:

☐ Bedienung, Überwachung von Maschinen

- ☐ Bedienung, Überwachung von offenen, laufenden Maschinen

### Besondere Arbeitsplatzanforderungen

- ☐ An das Hörvermögen durch:
- ☐ An das Sehvermögen durch:
- ☐ An die Konzentration durch:
- ☐ An das Reaktionsvermögen durch:
- ☐ An die Verantwortung durch:
- ☐ An die Umstellungsfähigkeit durch:
- ☐ An die Arbeitsschnelligkeit durch:
- ☐ An die Stressbewältigung durch:
- ☐ Durch Akkordarbeit.
- ☐ Durch Führung von \_\_\_\_\_ Personen / Mitarbeitern.
- ☐ Durch Publikumsverkehr.
- ☐ Durch häufigen Wechsel des Arbeitsortes
- ☐ Durch Montagetätigkeiten mit mehrtägiger Abwesenheit vom Wohnort.
- ☐ Durch häufige Reisetätigkeit.
- ☐ Durch Führen von Arbeitsmaschinen.
- ☐ Durch berufsbedingtes Führen von Kfz-Fahrzeugen ca. \_\_\_\_\_ km/Woche ca. \_\_\_\_\_ km/Monat
- ☐ PKW ☐ LKW < 7,5 T ☐ LKW > 7,5 T
- ☐ mit Ladearbeiten ☐ ohne Ladearbeiten

### Sie arbeiten regelmäßig

- ☐ allein
- ☐ in wechselnden Gruppen mit durchschnittlich \_\_\_\_\_ Personen
- ☐ in fester Gruppe mit durchschnittlich \_\_\_\_\_ Personen

### Einschätzung des Leistungsvermögens:

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

- ☐ ja ☐ nein Grund: \_\_\_\_\_

### Tragen Sie bei Ihrer Arbeit Schutzkleidung oder Arbeitsschutz?

- ☐ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

Entfernung vom Wohnort zum Arbeitsplatz (einfache Strecke): \_\_\_\_\_ km

### Wie legen Sie den täglichen Weg zur Arbeitsstelle zurück?

- ☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ mit dem Pkw
- ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln \_\_\_\_\_ ☐ mit \_\_\_\_\_

Wie lange sind Sie durchschnittlich pro Arbeitstag unterwegs, um den Weg zwischen Wohnort und Arbeitsstelle und zurück zu bewältigen? \_\_\_\_\_ Minuten

**Erfolgten in den letzten 24 Monaten an Ihrem Arbeitsbereich SIE betreffende Arbeitsplatzumgestaltungen, Aufgabenänderungen oder Arbeitszeitemstellungen?**

☐ nein      ☐ ja, durch \_\_\_\_\_

**Welche Arbeitsplatzbedingungen und -anforderungen beanspruchen oder beeinträchtigen Sie bevorzugt?**

.....

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Patient