

Fragebogen zum Arbeitsplatz

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen zum Arbeitsplatz dient dazu, Ihre Rehabilitationsmaßnahme optimal an Ihren Bedürfnissen und an den Anforderungen, die Ihr Beruf an Sie stellt, auszurichten und Sie so wieder gesund und auch fit für Ihren Job zu machen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus – das geht sehr schnell. Beziehen Sie Ihre Angaben dabei bitte auf die Tätigkeit, die Sie zurzeit verrichten, oder zuletzt verrichtet haben.

Bitte schicken Sie den Fragebogen so bald wie möglich an unsere Klinik.

Wir freuen uns auf Sie!

Herzlichst

*Dr. Anja Mustermann
Klinik Musterland*

Name, Vorname:

Rentenversicherungsnummer:

letzter Beruf/letzte Tätigkeit:

I. ALLGEMEINE ANGABEN

Schulische/berufliche Entwicklung

Bitte geben Sie an, welchen höchsten Schulabschluss Sie haben

- Hauptschule ohne Abschluss Hauptschule mit Abschluss Mittlere Reife
 Fachhochschulreife Hochschulreife (Abitur) Studium


Bitte geben Sie an, welchen höchsten Berufsabschluss Sie haben

Erlerner Beruf: mit Abschluss als:

keine Berufsausbildung

Ausgeübter Beruf: seit:

Stehen Sie in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis?

- Ja
 Nein  Grund der Arbeitslosigkeit (z.B. Stellenabbau, Konkurs der Firma, selbst ge kündigt, gesundheitliche Gründe):
.....

Wie lange sind Sie bereits arbeitslos? _____ Monate

Art des Beschäftigungsverhältnisses

- abhängig beschäftigt selbständig mit ___ ___ ___ Mitarbeitern (weiter mit **Fragen II**)
 unbefristet zeitlich befristet zweckbefristet in Probezeit ruhend

Tatsächlich gearbeitete Stunden pro Woche (inkl. Überstunden): Stunden/ Woche


Haben Sie an Umschulungen / Qualifikationsmaßnahmen teilgenommen?

- Umschulung/Qualifizierung: welche wann:
 abgeschlossen nicht abgeschlossen

Arbeitsfähigkeit:

Ich habe bis zum Beginn der Reha-Maßnahme gearbeitet:

ja

nein 

Ich bin krankgeschrieben seit (Datum):

wegen :

Krankengeldbezug ja nein

Ich war in den letzten 12 Monaten Wochen arbeitsunfähig krank

Gründe:

Ich **kann** meine Arbeit nach der Reha weiter voraussichtlich fortsetzen

ja

ich glaube nicht, weil

.....

Ich **möchte** meine Arbeit nach der Reha weiter fortsetzen

ja

nein, wegen.....

Sozialleistungsbezüge

Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung?

ich beziehe eine volle Erwerbsminderungsrente

ich beziehe eine Teilrente

befristet bis

unbefristet

keine Rente



Ich habe einen Rentenanspruch gestellt: nein

ja, am

Ich werde einen Rentenanspruch stellen: nein

ja

weiß noch nicht

der Rentenanspruch wurde abgelehnt das Rentenverfahren ist noch nicht abgeschlossen

Beziehen Sie eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit Ihrer Berufsgenossenschaft?



Von der Berufsgenossenschaft erhalte ich seit eine Rente MdE %

keine Rente

Ich habe einen Rentenanspruch gestellt: nein

ja am

Ich werde einen Rentenanspruch stellen: nein

ja

weiß noch nicht

der Rentenanspruch wurde abgelehnt das Rentenverfahren ist noch nicht abgeschlossen

II. Anforderungen Ihres Arbeitsplatzes

(FALLS SIE MEHR ALS 18 MONATE ARBEITSLOS SIND, BITTE WEITER MIT PUNKT III, S. 7)

Bitte geben Sie an, welche Anforderungen auf Ihren Arbeitsplatz zutreffen

Arbeitshaltung

	nie	manchmal	meistens	immer
sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorgebeugt sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorgebeugt, gebückt stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
knien oder hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Kopfhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einseitige Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Zwangshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegungen

	nie	manchmal	meistens	immer
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehen auf unebenen Gelände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen, Leitern besteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kriechen oder rutschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Halsbewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfdrehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hand- und Armeinsatz

	nie	manchmal	meistens	immer
feinmotorisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Handdrehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beidhändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
greifen oder fangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben und Tragen

	nie	manchmal	meistens	immer
bis Hüfthöhe und bis 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis Hüfthöhe und bis 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis Hüfthöhe und über 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis Brusthöhe und bis 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis Brusthöhe und über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Brusthöhe und bis 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Brusthöhe und über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schieben und Ziehen

	nie	manchmal	meistens	immer
Schieben oder Ziehen bis 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schieben oder Ziehen über 25 kg mit Hilfsmittel (welches?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird das Hilfsmittel genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gleichgewicht / Reaktion

	wichtig	nicht wichtig
Gleichgewichtssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnelles Reaktionsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinnesorgane

	wichtig	nicht wichtig
gutes Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
räumliches Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gutes Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
guter Tastsinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gutes Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riechen oder Schmecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umgebungseinflüsse (Sie können mehrere Kreuze machen)

- | | | | |
|---|--------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Zugluft |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Gase, Dämpfe, Rauch | |
| <input type="checkbox"/> Vibrationen / Erschütterungen | | <input type="checkbox"/> Chemische Einflüsse | |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | | <input type="checkbox"/> Arbeiten, die die Haut belasten | |
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht | | | |
| <input type="checkbox"/> Angestregtes Sehen (z.B. Bildschirmarbeit) | | | |
| <input type="checkbox"/> Elektrische, magnetische, elektromagnetische Felder | | | |
| <input type="checkbox"/> häufig wechselnde Umgebungseinflüsse | | | |
| <input type="checkbox"/> mechanische Gefährdung (offene bewegte Teile, Kanten u.ä.) | | | |
| <input type="checkbox"/> biologische Gefährdung (Kontakt mit Krankheitserregern u.ä.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Besondere Gefährdungen: | | | |

Fahren von Kraftfahrzeugen während der Arbeitszeit

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PKW | <input type="checkbox"/> | Bus | <input type="checkbox"/> | Baumaschinen |
| <input type="checkbox"/> | LKW/Transporter ohne Ladearbeit | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | LKW/Transporter mit Ladearbeiten |
| <input type="checkbox"/> | Personenbeförderung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sonstige Fahrzeuge |
| <input type="checkbox"/> | Stapler | | | | |
| <input type="checkbox"/> | entfällt | | | | |

Sonstiges

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ständige Konzentration | <input type="checkbox"/> | häufig Publikumsverkehr |
| <input type="checkbox"/> | unregelmäßiges Essen | <input type="checkbox"/> | Tragen von Schutzausrüstung |
| <input type="checkbox"/> | hohe Verantwortung für Personen / Sachwerte | | |
| <input type="checkbox"/> | häufig wechselnde Arbeitsanforderungen | | |

Arbeitssystem

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Schichtarbeit (2 Schichten) | <input type="checkbox"/> | Schichtarbeit (3 Schichten) |
| <input type="checkbox"/> | Schichtarbeit (mehr als 3 Schichten) | <input type="checkbox"/> | Dauernachtschicht |
| <input type="checkbox"/> | unregelmäßige Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> | Akkordarbeit |
| <input type="checkbox"/> | Auswärts-Montage / Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> | häufig besonderer Zeitdruck |
| <input type="checkbox"/> | häufig anfallende Überstunden | | |
| <input type="checkbox"/> | keine Besonderheiten | | |

Wie erreichen Sie in der Regel Ihre Arbeitsstelle?

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | zu Fuß | <input type="checkbox"/> | mit öffentlichen Verkehrsmitteln |
| <input type="checkbox"/> | mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> | mit einem motorisierten Zweirad |
| <input type="checkbox"/> | mit dem PKW | | |

die Entfernung beträgt etwa ___ km

Täglicher Zeitaufwand für Fahrten/Wege zur Arbeitsstelle und zurück: Minuten

Ggf. Probleme, zum Arbeitsplatz zu gelangen (insbesondere bei Einschränkungen der Mobilität)

.....

III. ARBEITSZUFRIEDENHEIT

Wenn Sie an Ihren letzten Arbeitsplatz denken: Was hat Sie körperlich und seelisch besonders belastet:

.....
.....

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie mit folgenden Aussagen übereinstimmen

(1 = Trifft überhaupt nicht zu, 2 = Trifft nicht zu, 3 = Weder noch, 4 = Trifft zu, 5= Trifft voll zu)

	1	2	3	4	5
Mit meinen Kollegen komme ich gut zurecht.					
Ich kann nachts gut schlafen.					
Mich lässt die Arbeit auch nach Feierabend nicht los.					
Ich kann meine Arbeit in der dafür vorgesehenen Zeit gut erledigen.					
Im Allgemeinen gehe ich mit einem guten Gefühl zur Arbeit.					
Am Ende eines Arbeitstages habe ich das gute Gefühl, etwas geschafft zu haben.					
Ich habe Angst meinen Arbeitsplatz zu verlieren.					
Es fällt mir leicht, mich über Kleinigkeiten zu freuen.					

IV. IHRE REHABILITATIONSZIELE

Was erwarten Sie von Ihrer Rehabilitationsmaßnahme?

Gesundheitlich:

.....

Beruflich:

.....

Privat:

.....

V. DERZEITIGER / ZULETZT AUSGEÜBTER BERUF: (bitte angeben)

Bitte beschreiben Sie einmal einen typischen Arbeitstag.

Falls Sie zurzeit in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen, beziehen Sie ihre Angaben bitte auf ihren letzten Arbeitsplatz.

Welche (unterschiedlichen) Tätigkeiten üben Sie aus?	Wie gerne üben Sie diese Tätigkeit aus?	Wie lange üben Sie diese Tätigkeit an einem normalen Arbeitstag in etwa aus?	Haben Sie dabei Schmerzen, unangenehme Zwangshaltungen, starke Abneigungen oder Ängste? Wenn ja, geben Sie bitte an welche.
1.	☹️ ☹️	Etwa __ Stunden	
2.	☹️ ☹️	Etwa __ Stunden	
3.	☹️ ☹️	Etwa __ Stunden	
4.	☹️ ☹️	Etwa __ Stunden	

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!