

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Umschulungsberuf	von - bis
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?			
Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?			Aktenzeichen
Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?			

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art und Zeitraum
-------------------------------	-----------------------------	------------------

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sprache und Beherrschungsgrad
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
Arbeitslos gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegebenenfalls 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 Frühschicht / 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 _____ Minuten

keine geregelten Pausen

überwiegend Bildschirmarbeit

besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

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

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

 nein ja

von - bis

wegen

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel 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

Grad der Behinderung

Merkzeichen

seit

6 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name und Anschrift

Fachrichtung

Erkrankung

7 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 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 Betriebsarzt / Personalarzt**

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

 nein ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

 nein ja

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

 nein ja**9 Bereits gestellte Anträge**

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

 nein ja

Ort, Datum

Unterschrift