

Name:

Vorname:

geb. am:

---

## Lieber Patient, liebe Patientin,

nach weitgehendem Abschluss der Behandlung Ihrer Erkrankung möchten Sie zurück in ein „normales Leben“ und Ihren Alltag finden. Dabei ist Berufstätigkeit für die meisten von uns nicht nur eine finanzielle Notwendigkeit, sondern gibt uns Befriedigung, Freude, Selbstbestätigung und soziale Kontakte.

Nach einer schweren Erkrankung ist die Vorstellung, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, für viele aber auch mit Sorge und Fragen verbunden:  
Bin ich den Belastungen am Arbeitsplatz bereits wieder gewachsen?  
Schaffe ich das frühere Pensum mit den jetzigen Einschränkungen überhaupt noch?

Um Sie auf Ihrem Weg zurück in den Beruf individuell und maßgerecht unterstützen zu können, haben wir in unserer Klinik ein spezifisches Schwerpunktprogramm entwickelt, z. B. sozialrechtliche Beratungen und Seminare, berufliche Rehaberatung, Konzentrations- und Gedächtnistraining, Erprobung am PC-Arbeitsplatz und vieles mehr.

Ihre Beantwortung der folgenden Fragen würde uns helfen, gemeinsam mit Ihnen einen geeigneten Therapieplan auszuarbeiten und eine dann abschließende sozialmedizinische Stellungnahme abzugeben.



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

## Jetzige Tätigkeit mit aktueller Tätigkeits- und Arbeitsplatzgestaltung

### Welche Tätigkeiten üben Sie zurzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt in welchem Betrieb?

(Es geht hierbei um die letzte Tätigkeit, bei der Sie Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt haben. Z. B. eine Hausfrau oder Rentnerin, die vor 20 Jahren als Krankenschwester Beiträge gezahlt hat, muss „Krankenschwester“ angeben.)

Datum von bis	Art der Tätigkeit

Bitte beschreiben sie Ihren **derzeitigen Arbeitsplatz** und Ihre Tätigkeit möglichst genau:


### Arbeitszeit:

<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit
-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---

Gesamt-Wochen-Std.: \_\_\_\_\_ täglich \_\_\_\_\_ Std. an \_\_\_\_\_ Tagen/Woche

### Arbeitsweise:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nomalschicht    | <input type="checkbox"/> Zweischicht   | <input type="checkbox"/> Nachtschicht                  | <input type="checkbox"/> Wechselschicht |
| <input type="checkbox"/> Fließbandakkord | <input type="checkbox"/> Gruppenakkord | <input type="checkbox"/> Einzelakkord bzw. Stückakkord |   |

### Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend                           | <input type="checkbox"/> an Maschinen stehend                                    |
| <input type="checkbox"/> gehend und stehend                        | <input type="checkbox"/> an Maschinen sitzend                                    |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend                           | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung                               |
| <input type="checkbox"/> im Wechsel stehen/gehen/sitzen            | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen                                 |
| <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis _____ kg  | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend u. s. w.                            |
| <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über _____ kg | <input type="checkbox"/> auf Gerüsten und Leitern                                |
| <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis _____ kg  | <input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit u. Gleichgewichtssinn |

Name:

Vorname:

geb. am:

## Äußere Einflüsse:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht  | <input type="checkbox"/> Nässe                     |
| <input type="checkbox"/> angestregtes Sehen            | <input type="checkbox"/> Kälte                     |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien              | <input type="checkbox"/> Hitze                     |
| <input type="checkbox"/> meist witterungsgeschützt     | <input type="checkbox"/> Zugluft                   |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten   | <input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd)    |
| <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung       | <input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweise)  |
| <input type="checkbox"/> belastigende Gase oder Dämpfe | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse       |
| <input type="checkbox"/> belastigende Rauchentwicklung | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |

## Sonstiges:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung          | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen |
| <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben       | <input type="checkbox"/> Kantinenessen        |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration | <input type="checkbox"/> Diät möglich         |
| <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung       | <input type="checkbox"/> Diät nicht möglich   |
| <input type="checkbox"/> Auswärtsmontage        |   |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit         |   |

## Fahren von Kraftfahrzeugen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pkw während der Arbeitszeit   | <input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge                      |
| <input type="checkbox"/> Lkw ohne Ladearbeiten         | <input type="checkbox"/> Baumaschinenfahrer (Kran, Bagger, usw.) |
| <input type="checkbox"/> Lkw mit schweren Ladearbeiten |  |

## Arbeitsplatzprobleme

- Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?  ja  nein
- Wie ist das Verhältnis zum Arbeitgeber/zu Kollegen?  gut  problematisch  schlecht
- Planen Sie eine berufliche Veränderung (Arbeitsplatzumsetzung im Betrieb, Wechsel des Arbeitsplatzes, Umschulung?)  nein  ja:

welche: \_\_\_\_\_

Rechnen Sie damit, dass Sie Ihre alte berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können?

- ja: ab wann \_\_\_\_\_  nein

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

## Erreichen des Arbeitsplatzes/betriebsärztliche Betreuung

Wie lange benötigen Sie täglich für Ihren Arbeitsweg? \_\_\_\_\_ Minuten ((einfache Strecke)

Welche Strecke müssen Sie zu Fuß zurücklegen: \_\_\_\_\_ Meter

Wie lange benötigen Sie für diesen Fußweg? \_\_\_\_\_ Minuten

Welche Verkehrsmittel benutzen Sie:  PKW  Bus  Bahn

Gibt es in Ihrem Betrieb einen Betriebsarzt:  ja  nein

Bitte, wenn möglich, Name, Tel.-Nr. und evtl. E-Mail-Adresse des Betriebsarztes angeben

Name:	Telefon
E-Mail:	

Haben Sie Kontakt zu Ihrem Betriebsarzt?  ja  nein

Bitte bringen Sie eine Arbeitsplatzbeschreibung von Ihrem Betriebsarzt/Personalabteilung mit!

## Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Ursache während der letzten 12 Monate

Geben Sie bitte Ihre **Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate** an:

- keine
- alles zusammengerechnet **weniger 3 Monate** arbeitsunfähig
- alles zusammengerechnet zwischen **3 und 6 Monate** arbeitsunfähig
- alles zusammengerechnet **mehr als 6 Monate** arbeitsunfähig

Wegen welcher Erkrankung waren Sie jeweils arbeitsunfähig?

von:	bis:	wegen:
von:	bis:	wegen:
von:	bis:	wegen:

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?  nein  ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Heutiges Datum

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine gute Anreise!**