

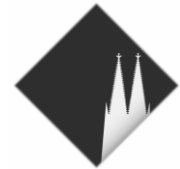
## Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Liebe Patientin, lieber Patient,

die folgenden Fragen dienen dazu, einen Einblick in ihr Lebensumfeld und einen Überblick über Ihren beruflichen Werdegang und Ihre beruflichen Ziele zu bekommen. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und verwenden Sie auch die Rückseite, falls die vorhandenen Felder nicht ausreichen. Bringen Sie den Fragebogen dann während ihres Aufenthaltes in der salus klinik zum ersten Gespräch beim Sozialdienst mit. Bitte schicken Sie den Bogen **nicht per Post** an uns zurück. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Ansprechpartner im Sozialdienst sind:

Marina Pippel	Sozialdienst für die Gruppen S 01 - S 04, S 11, S 12 und S 15
Max Dornbusch	Sozialdienst für die Gruppen S 05 - S 08, S 13, S 14 und S 16
Frauke Wulf	Sozialdienst für die Gruppen S 09 und S 10
Vera Zarse	Sozialdienst für die Gruppen P 01 - P 06, P 09 - P 11
Susanne Nützel	Sozialdienst für die Gruppen P 07 und P 08
Vanessa Mientus	Ergänzungskraft im Sozialdienst- Übernahme von Erstgesprächen
Sylvia Stodden	Ergänzungskraft im Sozialdienst- Übernahme von Erstgesprächen
Cordula Bertram	Ergänzungskraft im Sozialdienst- Übernahme von Erstgesprächen



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Familienstand

- ledig
- verheiratet
- Partnerschaft
- getrennt
- geschieden
- verwitwet

## Partnersituation

- feste/r Partner/in
- allein lebend
- getrennt lebend
- Wochenendbeziehung
- mit Ehepartner/in lebend
- andere: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder im Haus: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder außer Haus: \_\_\_\_\_

Alter:

Geschlecht:

Alter:

Geschlecht:

## Wohnsituation

seit  mehr als 6 Monaten  
 weniger als 6 Monaten

- zur Miete
- im eigenen Haus
- Anderes: \_\_\_\_\_

- alleine
- zusammen mit \_\_\_\_\_

Anzahl der Zimmer:  Größe:  qm Höhe der Miete/Tilgung:  €/Monat

Sind Sie mit der Wohnsituation zufrieden? ja  nein

## Die Lebenssituation ist belastet durch...

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ...familiäre Konflikte  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ...berufliche Konflikte | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ...finanzielle Sorgen   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ...Arbeitslosigkeit     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ...sonstiges            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

## Wovon leben Sie zurzeit?

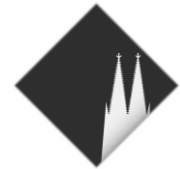
- Gehalt
- Krankengeld
- ALG I
- ALG II
- Anderem, und zwar: \_\_\_\_\_

Bei **Aufnahme** in die salus klinik war ich arbeitsfähig  arbeitsunfähig

Ein **Führerschein** ist vorhanden  entzogen  seit \_\_\_\_\_  
nie gemacht worden

Besteht eine **gesetzliche Betreuung**? nein  ja, seit

Besteht eine **ambulante Wohnbetreuung**? nein  ja, seit



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Ist ein **Rentenantrag** gestellt?

ja

nein

## Art der Rente

- Altersrente
- betriebliche Altersversorgung
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
- Rente wegen voller Erwerbsminderung
- Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit

Bestehen Schulden?

ja  nein

Falls ja, genauere Angaben zu den Schulden:

Wann	Schuldenhöhe	Wodurch	Bei wem	Ist die Abzahlung geregelt?

Sind Gerichtsverfahren anhängig?

ja

nein

Falls ja, genauere Angaben zu Gerichtsverfahren:

Wann	Wegen	Gerichtliche Auflage

Bestehen Vorstrafen?

ja

nein

Falls ja, genauer Angaben zu Vorstrafen:

Wann	Art der Strafe	Höhe	Wegen	Bewährung bis

Besteht ein **Grad der Behinderung** (GdB)?

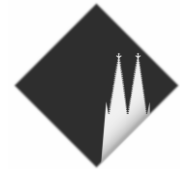
ja

nein

Wenn ja: (GdB) \_\_\_\_\_

Gleichstellung  ja

nein



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

## Schulbildung

- Hauptschule
- Realschule
- Gesamtschule
- Polytechn. Oberschule
- Gymnasium
- Berufskolleg
- Förderschule
- andere Schule, und zwar:

Schulabschluss ja  nein

Abschlussqualifikation: \_\_\_\_\_

Abgang Klasse \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

## Berufsausbildung / Hochschulausbildung

als/zum \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

abgeschlossen? ja  nein

als/zum \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

abgeschlossen? ja  nein

## Umschulungsmaßnahmen

Umschulung zum \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Leistungsträger der Umschulung (z. B. DRV, Arbeitsamt) \_\_\_\_\_

Grund der Umschulung \_\_\_\_\_

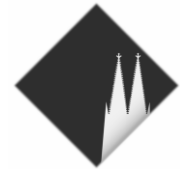
Bei welcher Einrichtung erfolgte die Umschulung \_\_\_\_\_

**letzter beruflicher Status**

<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Auszubildender	<input type="checkbox"/> verbeamtet	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann
<input type="checkbox"/> (Fach-)Arbeiter	<input type="checkbox"/> Aushilfe	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Vorruhestand
<input type="checkbox"/> mithelfender Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter		
<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> selbstständig		

**arbeitslos gemeldet seit** \_\_\_\_\_

**arbeitssuchend gemeldet seit** \_\_\_\_\_



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

**Auflistung aller beruflichen Tätigkeiten (die über 6 Monate dauerten, auch Selbstständigkeiten)**

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

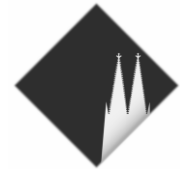
selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_

von \_\_\_/\_\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_ als \_\_\_\_\_

selbst gekündigt: ja  nein  Grund für Beendigung: \_\_\_\_\_



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

**Derzeitiger bzw. letzter Arbeitgeber** (hier nur sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten)

Firma / Betrieb \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

beschäftigt seit \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wie viele Mitarbeiter hat der Betrieb ungefähr? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihre **typischen Arbeitsaufgaben**. Nennen Sie bitte auch wichtige Zusatzaufgaben.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie (ohne Überstunden)?** \_\_\_\_\_

**Arbeiten / arbeiteten Sie im Schichtwechsel?** ja  nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Schichtwechsel (Früh-/Spät-/Nachtschicht etc.) und die Schichtzeiten an

---

Wenn nein: An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit arbeiten Sie üblicherweise?

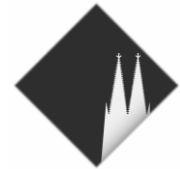
---

**Arbeitsschwere der letzten bzw. aktuellen Beschäftigung**

- Leichte Arbeit (< 10 kg)                       Mittelschwere Arbeiten (10 bis 15 kg)  
 Schwere Arbeiten (> 15 kg)                       Schwerstarbeit (> 30 kg)

**Arbeitshaltung bei der letzten bzw. aktuellen Tätigkeit**

	Ständig (> 90% der Arbeitszeit)	Überwiegend (51 bis 90% der Arbeitszeit)	Zeitweise (bis zu 10% der Arbeitszeit)	Gelegentlich (bis zu 5 % der Arbeitszeit)
Stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

## Besondere Anforderungen der letzten / aktuellen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung:

### Physische Anforderungen:

- Feinmotorik der Hände
- Griffsicherheit der Hände
- Grobe Kraft der oberen Extremitäten
- Häufiges Knien und Hocken
- Häufiges Klettern und Treppensteigen
- Häufige Beanspruchung der Fuß-, Knie- und Hüftgelenke
- Häufige Beanspruchung der Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenke
- Häufige Beanspruchung des Rumpfes und Kopfes (Wirbelsäule)

### Häufige Überkopfarbeit

- Räumliche Sehvermögen
- Farbliches Sehvermögen
- Hörvermögen
- Gleichgewichtssinn
- Sprechvermögen

### Psychomenteale Anforderungen:

- Konzentrationsfähigkeit
- Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit
- Informationsverarbeitung
- Fahr- und Steuertätigkeit
- Reaktionsfähigkeit
- Stresstoleranz
- Frustrationstoleranz

### Psychosoziale Anforderungen:

- Kommunikationsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit
- Publikumsverkehr
- Teamfähigkeit

### Führen von Fahrzeugen/Maschinen:

- PKW
- LKW
- Baumaschinen
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransporte

### Umgebungseinflüsse

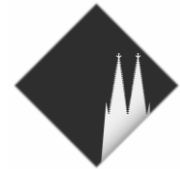
- Arbeiten im Freien
- Arbeiten in Werkhallen
- Arbeiten in untemperierten Werkhallen
- Nässe, Kälte, Zugluft
- Starke Temperaturschwankungen
- Große Hitzeentwicklung
- Staub- und Rauchbelastung
- Gase und Dämpfe (z.B. \_\_\_\_\_)
- Druckluft
- Vibration/Erschütterung
- Zeitweiser Lärm
- Dauernder Lärm
- Künstliche Beleuchtung
- Inhalative Allergene (z.B. \_\_\_\_\_)
- Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen (z.B. \_\_\_\_\_)

### Weitere Einflüsse:

- Absturzgefahr (Schwindelfreiheit erforderlich)
- Tragen schwerer Schutzkleidung
- Unregelmäßige Pausen
- Tragen von Lärmschutz
- Bildschirmarbeit
- Arbeit an laufenden Maschinen
- Anlagensteuerung/Überwachung
- Kontakt mit Suchtmitteln

### Psychische Einflüsse:

- Zeitdruck (Akkord/Fließbandarbeit)
- Montagetätigkeit fern der Heimat
- Reisetätigkeit
- Großraumbüro
- Einzelarbeitsplatz
- Führungsaufgaben
- Besondere Verantwortung für Personen



## Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

### Wie ist / war das Arbeitsklima?

sehr gut  gut  eher gut  eher schlecht  schlecht  sehr schlecht

### Wie ist / war die psychische Belastung?

sehr gering  gering  eher gering  in Ordnung  eher hoch  hoch  sehr hoch

### Wie ist / war die körperliche Belastung:

sehr gering  gering  eher gering  in Ordnung  eher hoch  hoch  sehr hoch

### Welche Aspekte an Ihrem Arbeitsplatz empfinden / empfanden Sie als besonders belastend?

---

---

### Wie beurteilen / beurteilten Sie die Arbeitsanforderungen insgesamt?

sehr gering  gering  eher gering  in Ordnung  eher hoch  hoch  sehr hoch

### Haben / Hatten Sie Kontakt zu anderen Menschen/Kundenkontakt (telefonisch oder persönlich)?

keinen  sehr selten  eher selten  selten  eher häufig  häufig  sehr häufig  ständig

### Haben / Hatten Sie Kontakt zu Kollegen?

keinen  sehr selten  eher selten  selten  eher häufig  häufig  sehr häufig  ständig

### Gibt / Gab es Konflikte am Arbeitsplatz?

keine belastenden  eher belastende  belastende  häufig stark belastend

sehr häufig stark belastende

### Wie hoch ist / war Ihr Entscheidungsspielraum?

sehr gering  gering  eher gering  eher hoch  hoch  sehr hoch

### Gibt / Gab es Aufstiegsmöglichkeiten für Sie?

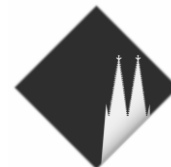
keine  geringe  eher geringe  eher gute  gute  sehr gute

### Fühlen / Fühlten Sie sich von Ihren Vorgesetzten wertgeschätzt?

sehr wertgeschätzt  wertgeschätzt  eher wertgeschätzt

eher nicht wertgeschätzt  nicht wertgeschätzt  überhaupt nicht wertgeschätzt





# Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

## Wie zufrieden sind / waren Sie insgesamt an Ihrem Arbeitsplatz?

Beurteilen Sie dies bitte auf einer Skala von 1 = überhaupt nicht zufrieden bis 10 = vollkommen zufrieden? \_\_\_\_\_

Wie weit entfernt ist / war Ihr Arbeitsplatz von Ihrem Wohnort? \_\_\_\_\_ km

Wie erreichen / erreichten Sie den Arbeitsplatz (z.B. Auto, Fahrrad, zu Fuß, öffentliche Verkehrsmittel)?

\_\_\_\_\_

Wie sicher ist Ihr Arbeitsplatz?

sehr sicher  sicher  eher sicher  eher unsicher  unsicher  sehr unsicher

Haben Sie Abmahnungen erhalten?  ja  nein

Wenn ja: Weswegen? \_\_\_\_\_

Wie könnte es nach der Reha weitergehen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche beruflichen Ziele haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**