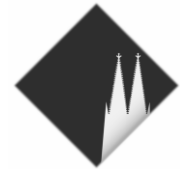


Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

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!



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

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"/> |
| ...Wohnsituation | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wovon leben Sie zurzeit?

- Gehalt
- Krankengeld
- ALG I
- ALG II
- Anderem, und zwar: _____
- Seit: _____

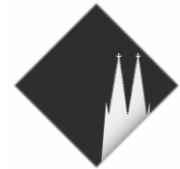
Bei **Aufnahme** in die salus klinik war ich arbeitsfähig arbeitsunfähig

Ein **Führerschein** ist vorhanden entzogen seit _____
 nie gemacht worden

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

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

Haben Sie einen Freizeitausgleich / ein Hobby? nein ja: _____



Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Ist ein **Rentenanspruch** 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	Schuldenshöhe	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)?

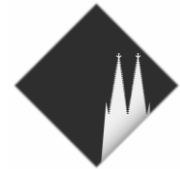
ja

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 _____

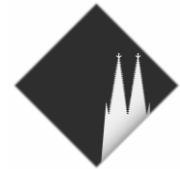
Bei welcher Einrichtung erfolgte die Umschulung _____

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

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 _____

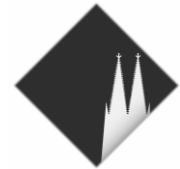
selbst gekündigt: ja nein Grund für Beendigung: _____

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

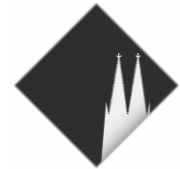
Wenn nein: An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit arbeiten Sie üblicherweise?

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

Anforderungen an die Sinnesorgane:

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

Psychomenteale Anforderungen:

- Konzentrationsfähigkeit
- Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit
- Informationsverarbeitung
- Gehobene Verantwortung für Personen und Sachen
- Fahr- und Steuertätigkeit
- Reaktionsfähigkeit

Stresstoleranz

- Frustrationstoleranz

Psychoziale Anforderungen:

- Kommunikationsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit
- Publikumsverkehr
- Teamfähigkeit

Führen von Fahrzeugen/Maschinen:

- PKW
- LKW
- Baumaschinen
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransporte

Umgebungseinflüsse

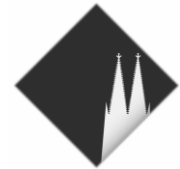
- Arbeiten im Freien
- Arbeiten in Werkhallen
- Arbeiten in untemperierten Werkhallen
- Nässe, Kälte, Zugluft
- Starke Temperaturschwankungen
- Große Hitzeentwicklung
- Staub- und Rauchbelastung
- Gase und Dämpfe (z.B. _____)
- Druckluft
- Vibration/Erschütterung
- Zeitweiser Lärm
- Dauernder Lärm
- 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
- Zeitdruck (Akkord/Fließbandarbeit)
- Montagetätigkeit fern der Heimat
- Reisetätigkeit
- Großraumbüro
- Einzelarbeitsplatz
- Führungsaufgaben
- Besondere Verantwortung für Personen



Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

Wie sicher ist / war Ihr Arbeitsplatz?

sehr sicher sicher eher sicher eher unsicher unsicher sehr unsicher

Haben Sie Abmahnungen erhalten? ja nein

Wenn ja: Weswegen? _____

Wie gut ist / war das Arbeitsklima?

sehr gut gut eher gut in Ordnung eher schlecht schlecht sehr schlecht

Wie ist / war die psychische Belastung?

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

Welche psychischen Belastungen 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

Wie hoch ist / war Ihr Entscheidungsspielraum?

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?

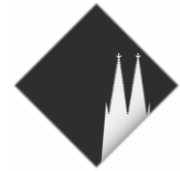
keine belastenden eher belastende belastende häufig stark belastend

sehr häufig stark belastende

Wie hoch ist / war die körperliche Belastung?

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

Welche körperlichen Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz empfinden / empfanden Sie als besonders belastend?



Lebensumfeld und beruflicher Werdegang

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

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 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 könnte es nach der Reha weitergehen? _____

Welche beruflichen Ziele haben Sie? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!