

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

2.3 Anlernberuf		
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?		
Umschulungsberuf		von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		
Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
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?		
Art und Zeitraum		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?		
Sprache und Beherrschungsgrad		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)	Aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung)

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		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4

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?

nein ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung	ständig	überwiegend	zeitweise	Heben / Tragen
				Art der Lasten:
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"/>	Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weitere Bemerkungen
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren
Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche	<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe	<input type="checkbox"/> Pkw
<input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Lkw
<input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit	<input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung	<input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
<input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/> Rauchentwicklung	<input type="checkbox"/> Personenbeförderung
_____	<input type="checkbox"/> starker Lärm	<input type="checkbox"/> Gefahrguttransport
_____	<input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden	Sonstiges
<input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht	<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit
<input type="checkbox"/> nur Nachtschicht	<input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage
<input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt	<input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung
<input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord	<input type="checkbox"/> überwiegend im Freien	<input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr
Beschreibung _____	<input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten	<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich
_____	<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt	<input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten
_____		_____ Minuten
		<input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen
		<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit
		<input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname 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

