Fragebogen zur Sozial- und Arbeitsanamnese

DR. EBEL
VOGELSBERGKLINIK

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Anreise aus und geben Sie ihn ausgefüllt am Anreisetag bei uns ab.

Name/Vorname:_____

Wie kommen Sie in die Vogelsbergklinik?

arbeitsfähig ☐	**arbeitsunfähig** ☐ **seit wann:**	**AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten vor Reha-Antritt**
berentet ☐	☐ befristet bis_____	☐ unbefristet
Zurzeit beziehe ich Lohn und Gehalt durch den Arbeitgeber? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Krankengeld Seit wann? _____ ☐ ausgesteuert? Seit wann? _____ ☐ Arbeitslosengeld I / Seit wann? _____ ☐ Arbeitslosengeld II / Seit wann? _____ ☐ Stipendium ☐ Grundsicherung / Seit Wann?_____		
Wurde ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt? ☐ Ja am: _____ ☐ Nein		
Haben Sie einen Grad der Behinderung? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? _____ Merkzeichen: _____		
Sind Sie Mitglied im VdK / SoVD? ☐ Ja ☐ Nein		
Sind Sozialrechtstreitigkeiten offen / anhängig? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?		

Allgemeine soziale Daten

Staatsangehörigkeit □ deutsch □ andere, welche ? _____ □ anderes Land geboren? Jahr der Übersiedlung in die BRD_____	**Jetziger Familienstand** □ ledig □ ledig und in fester Partnerschaft □ verheiratet □ eingetragene Lebenspartnerschaft □ verheiratet, aber getrennt lebend □ geschieden seit …….. □ verwitwet seit ……
Würden Sie ihre sozialen Kontakte zur Zeit als ausreichend bezeichnen? □ **Ja** □ **Nein**	**Bestehen besondere familiäre Belastungen** Welcher Art?..... **Bestehen außergewöhnliche finanzielle Belastungen (z.B. Überschuldung)?** Welcher Art? .....

Ist Ihre aktuelle Wohnsituation gesichert?	□ Ja	□ Nein

höchster Schulabschluss:

- ☐ in der Ausbildung
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschule / Mittlere Reife
- ☐ Abitur / Fachhochschulreife
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ ohne Abschluss

Erlernter Beruf: _____

☐ Zertifizierte Weiterbildung

☐ **Umschulung**

Wenn Ja, von wem?

☐ Deutsche Rentenversicherung
☐ Agentur für Arbeit
☐ Andere:_____

Wann? _____

Mit welchem Abschluss endete die Umschulung?

_____

Ihre letzte versicherungspflichtige Tätigkeit: _____

Seit wann sind Sie / oder waren Sie bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt

von_____**bis**_____

☐ Vollzeit erwerbstätig _____Std./Wo

☐ Teilzeit beschäftigt _____Std./Wo

Fragebogen zur Sozial- und Arbeitsanamnese

DR. EBEL
VOGELSBERGKLINIK

Beschreiben Sie in Stichworten Ihre aktuelle oder letzte versicherungspflichtige Tätigkeit (z.B täglich anfallende Arbeitsaufgaben)

Erleben Sie psychische Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz?
Wenn ja, welche?

Schichtarbeit

- ☐ keine
- ☐ Frühschicht
- ☐ Früh-/Spätschicht
  - ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig
- ☐ Dreischichtsystem
- ☐ Nachtdienste

Besondere körperliche Belastungen

- ☐ Besondere Hautbelastungen
- ☐ Lärm
- ☐ Hitze
- ☐ Inhalatorische Belastungen
- ☐ Kälte
- ☐ das Ersteigen Treppen oder Leitern
- ☐ Verletzungsgefahr an Maschinen

Welche Verkehrsmittel benutzen Sie zum Arbeitsplatz? ……
Welche Wegzeit haben Sie? ……Minuten

Wie empfinden Sie die körperliche Belastung Ihrer derzeitigen Tätigkeit?

☐ Leicht ☐ mittelschwer ☐ schwer

Bitte kreuzen Sie die Hauptmerkmale Ihrer Tätigkeit an, die Sie <u>überwiegend</u> ausführen

- ☐ Sitzen
- ☐ Gehen
- ☐ Stehen
- ☐ Beugen / Knien / Überkopfarbeiten
- ☐ Heben und Tragen von Lasten über 5 Kg mit oder ohne technische Hilfsmittel.
- ☐ Bildschirmtätigkeit am PC

Bitte beschreiben Sie tabellarisch Ihren beruflichen Werdegang

DR. EBEL
VOGELSBERGKLINIK

Würzburger Screening

Version 1

Alter: _____ **Geschlecht:** O männlich O weiblich

(1) Sind Sie zurzeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

- O ja, Vollzeit (6 Stunden/Tag und mehr)
- O ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Stunden/Tag)
- O ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag)
- O ja, in Ausbildung
- O Hausfrau /-mann
  (Falls dies für Sie zutrifft: Betrachten Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen Ihre Tätigkeit für Haushalt und Familie wie eine berufliche Tätigkeit)
- O nein, arbeitslos seit _____
- O nein, Zeitrente bis _____
- O nein, dauerhaft berentet
  (Altersrente, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)

(2)	Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?	O ja	O nein
(3)	Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	O ja	O nein

		einem Monat	mehr als einem Monat	überhaupt nicht
(4)	Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von …	O	O	O

		überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
(5)	Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?	O	O	O	O	O
(6)	Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?	O	O	O	O	O
(7)	Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?	O	O	O	O	O
(8)	Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha-Maßnahme zu bearbeiten?	O	O	O	O	O
(9)	Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen Schulungsgruppe teilzunehmen?	O	O	O	O	O