## Fragebogen Soziales und Beruf

***Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an uns zurück an***
***aufnahme@gelderlandklinik.de*** *(vorher abspeichern nicht vergessen)*

*Der Kostenträger Ihrer Reha möchte von Ihnen und uns eine Reihe von Fragen über Ihren schulischen/beruflichen Werdegang beantwortet haben.*
*Dies ist unter Umständen wichtig für Ihre berufliche Situation oder für Empfehlungen von Maßnahmen, die sich im Anschluss an Ihre Behandlung ergeben können.*

**Name, Vorname** **Geb.-Datum**

**1. Höchster Schulabschluss**

☐ aktuell noch in der Schule, welche:

☐ Sonderschulabschluss
☐ Förderschulabschluss
☐ Hauptschulabschluss (Klasse 9)
☐ Hauptschule 10a
☐ Hauptschule 10b (Fachoberschulreife)
☐ Realschulabschluss
☐ Fachoberschule für

☐ Polytechnische Oberschule
☐ Abitur
☐ ohne Abschluss:
Abgangs-Klasse:
Schule:

☐ sonstiger Abschluss:

**2. Ausbildung oder Studium**

☐ keine Ausbildung
☐ noch in Ausbildung
☐ **Ausbildung** als:

von bis Jahr

☐ **Studium** (Universität/Fachhochschule)
Fach

von bis Jahr

**3. Ausbildung*en oder Studium abgeschlossen?**

☐ ja, Berufsbezeichnung:
☐ nein, Grund des Abbruchs:

**4. Haben Sie Weiterbildung*en gemacht?**

☐ nein ☐ ja, welche:

**5. Haben Sie eine Umschulung gemacht?** ☐ nein

☐ ja, von bis Jahr

Umschulung Bezeichnung
Finanzierung durch:
Grund der Umschulung:

**Abschluss**: ☐ ja ☐ nein

**6. Sind Sie zurzeit in einer Beschäftigung bzw. üben Sie einen Beruf aus?**

☐ ja
☐ Mutterschutz/Elternzeit
☐ arbeitslos seit:
☐ Eintreten von Arbeitslosigkeit während der bis heute andauernden Arbeitsunfähigkeit am
☐ Hausfrau/-mann
☐ Rentner/in: ☐ Altersrentner/in
☐ Hinterbliebenenrentner/in
☐ Erwerbsminderungsrentner/in:
☐ *teilweise* erwerbsgemindert seit befristet bis
Grund des Rentenbezugs:

☐ *voll* erwerbsgemindert seit befristet bis:
Grund des Rentenbezugs

☐ Unfallrentner/in (BG-Rente n. Arbeitsunfall) Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

☐ Ich bin selbstständig als
Ich leiste freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung ☐ ja ☐ nein

☐ Ich bin Beamter/Beamtin: Tätigkeit

☐ Ich bin geringfügig beschäftigt (bis 603 €) als
und leiste freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung ☐ ja ☐ nein

**7. Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?**

☐ nein ☐ ja, seit wegen

**8. Schätzen Sie, wie lange Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krankgeschrieben waren:**

☐ keine Krankschreibung
☐ unter 3 Monate
☐ 3 bis 6 Monate
☐ mehr als 6 Monate
☐ ausgesteuert aus Krankenkasse
nach 1,5 Jahren Krankengeldbezug
seit Datum

**9. Haben Sie einen Grad der Behinderung *nach dem Schwerbehindertenrecht* (GdB)?**

☐ nein ☐ ja, in Höhe von
Grund der Behinderung laut Bescheid des Versorgungsamtes

**10. Sind Sie von der Agentur für Arbeit einem*r Schwerbehinderten gleichgestellt?**

☐ nein ☐ ja *(bei GdB von 30 oder 40!)*

**11. Haben Sie einen Pflegegrad?**

☐ nein ☐ ja, Grad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

**12. Berufliche Tätigkeiten seit Schulentlassung bzw. beendeter Berufsausbildung**

***Gerne können Sie uns auch Ihren Lebenslauf beifügen, den Sie bitte um den Grund des Stellenwechsels ergänzen.***

| Tätigkeit | von - bis (Jahr) | Grund des Wechsels |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

***Bitte tragen Sie Ihre aktuelle oder letzte Tätigkeit auf der folgenden Seite unter Punkt 13 ein!*** ↯

**Ihre aktuelle oder letzte Tätigkeit**

***Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle oder zuletzt versicherungspflichtige ausgeübte Beschäftigung (auf Lohnsteuerkarte)!***

- *Hierunter fallen auch geringfügige Beschäftigungen, wenn Sie von Ihrem Lohn eigene Beiträge zur Rentenversicherung entrichten oder Sie als Selbstständige/r freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung entrichten!*
- *Beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie arbeitslos, Beamter/Beamtin oder Hausfrau/-mann sind oder diese Beschäftigung schon viele Jahre zurückliegt.*

**13. Ihre aktuelle oder letzte Tätigkeit**

**Bezeichnung** Firma/ Einrichtung

**tätig dort seit** **bis** Jahr

**Genaue Bezeichnung der Tätigkeit** (z. B.: Verkäufer*in im Baumarkt, Krankenschwester*pfleger im ambulanten Pflegedienst, Abteilungsleitung der Finanzbuchhaltung usw.):

**Das Arbeitsverhältnis wurde beendet**
(aus betriebsbedingten Gründen/aus krankheitsbedingten Gründen/ ohne Angabe von Gründen/ auf eigenen Wunsch/ gegenseitiges Einvernehmen/ mit Befristung des Arbeitsvertrages/ in Probezeit/ fristlos/ verhaltensbedingt/ auf ärztlichen Rat)

**14. Beschreiben Sie bitte in Stichworten die häufigsten Tätigkeiten oder Arbeitsabläufe an Ihrem letzten/aktuellen Arbeitsplatz:**

**15. Wie erreichen Sie den Arbeitsplatz?**

☐ zu Fuß
☐ mit dem Rad
☐ mit dem Auto
☐ in einer Fahrgemeinschaft
☐ mit Bus oder Bahn

Fahrtzeit (einfach) St./Min.

**16. Umfang der Beschäftigung**

☐ Teilzeit: ☐ Vollzeit

Std. pro Woche:
Grund für Teilzeit:

**17. Ihre Arbeitszeit**

☐ regelmäßig von bis Uhr
☐ unregelmäßig
☐ regelmäßige Überstunden
ca. Std. pro Monat

**18. Ihr Arbeitsrhythmus**

☐ Tagschicht (06.00 – 18.00 Uhr)
☐ Frühschicht (ab 4.00 Uhr)
☐ Spätschicht (bis 01.00 Uhr)
☐ Nachtschicht
(mehr als 2 Stunden zwischen 23.00 u. 6.00 Uhr)
☐ Bereitschaftsdienste
☐ Gleitzeit
☐ Wochenendarbeit
☐ Geteilte Dienste

**19. Körperliche Arbeitsschwere**

☐ **leichte Tätigkeit**:
Tragen von Lasten von weniger als 10 kg (z. B.: Büroarbeit, Beratungstätigkeit, Überwachungstätigkeit, Handhaben leichter Werkzeuge)

☐ **leichte bis mittelschwere Tätigkeiten**:
Tragen von Lasten bis 15 kg. Der Anteil von mittelschwerer Arbeit (10 - 15 kg) ist auf höchstens 50 % begrenzt (z. B. Verkauf im Einzelhandel, Zahntechniker*in, Laborant*in, Techniker*in in Produktion)

☐ **mittelschwere Tätigkeiten**:
Tragen von Lasten bis 15 kg (z. B. Schlosser*in, Köch*in, Bäcker*in, Installateur*in, Tischler*in)

☐ **schwere Tätigkeiten**:
Tragen von Lasten bis zu 20 kg bei Frauen und 40 kg bei Männern (z. B.: Alten-/Krankenpflege, Lager, Bauhandwerk, Landschaftsbau, Landwirtschaft)

**20. Ihre Arbeitshaltung (körperlich)**
*bitte ankreuzen*

| | **ständig**<br>mehr als 90% | **überwiegend**<br>ca. 50% bis 90% | **zeitweise**<br>ca. 10% |
|---|---|---|---|
| *im Gehen* | ☐ | ☐ | ☐ |
| *im Stehen* | ☐ | ☐ | ☐ |
| *im Sitzen* | ☐ | ☐ | ☐ |
| *im Knien* | ☐ | ☐ | ☐ |
| *im Hocken* | ☐ | ☐ | ☐ |
| *im Bücken* | ☐ | ☐ | ☐ |

**21. Welche Bereiche** (z.B. Umgebungseinflüsse, Organisation, Arbeitsaufgaben, zwischenmenschlich) **haben Sie bei ihrem Arbeitgeber über einen längeren Zeitraum** (mind. ½ Jahr) **als außerordentlich stark belastend wahrgenommen?** *Bitte in Stichpunkten*

**22. Gab es bei Ihrem letzten/aktuellen Arbeitgeber für Sie innerbetriebliche Entlastungsversuche, Hilfsangebote oder Unterstützung?**

☐ nein ☐ ja, was:

**23. Fühlen Sie sich mit Ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz verstanden?**

☐ ja
☐ überwiegend
☐ teils, teils
☐ manchmal
☐ selten
☐ nie

**24. Alles in allem, bin ich mit meiner Arbeit**

☐ sehr zufrieden
☐ zufrieden
☐ mäßig zufrieden
☐ wenig zufrieden
☐ gar nicht zufrieden

**25. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?** *Kreuzen Sie höchsten drei Alternativen an!*

*Ich denke, dass ich in der nächsten Zeit wahrscheinlich …*

☐ ..in meinem Beruf weiterarbeiten kann.
☐ ..in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.
☐ ..überhaupt nicht mehr arbeiten kann.
☐ ..eine andere Arbeit suchen werde.
☐ ..arbeitslos sein werde.
☐ ..arbeitsunfähig sein werde
☐ ..eine Umschulung/ berufliche Förderung beantrage
☐ ..eine Rente beantragen werde.
☐ Ich habe bereits eine Rente beantragt.
☐ Ich habe bereits LTA beantragt
☐ Ich weiß es noch nicht
☐ ..anderes

**26. Familienstand**

☐ ledig ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet
☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ wiederverheiratet
☐ eingetragene Lebenspartnerschaft *(gleichgeschlechtlich)*

**27. Lebenssituation**

☐ In Partnerschaft lebend
☐ Ich habe Trennungs-/ Scheidungsgedanken

☐ Ich habe Kinder:
Anzahl:

Alter der Kinder:

**28. Mit wem wohnen Sie zusammen?**

☐ Ich wohne allein
☐ Kind/Kindern
☐ Mutter ☐ Vater
☐ Ehemann/Ehefrau ☐ Partner/Partnerin
☐ Schwiegervater ☐ Schwiegermutter
☐ Mitbewohner/in/Mitbewohnern (WG)
☐ andere:

**29. Einkommensquellen des Haushalts**

☐ Einkommen durch Arbeitstätigkeit
☐ Einkommen durch Rente
☐ Arbeitslosengeld I
☐ Arbeitslosengeld I *(nach Aussteuerung aus KK*
☐ Grundsicherung
☐ Sozialgeld/Grundsicherung
☐ Sonstiges:

☐ Unterhalt durch Ehemann/frau/Partner/in
☐ Unterhaltsvorschuss
☐ Kindergeld
☐ BaföG
☐ Krankengeld

**30. Läuft ein Insolvenzverfahren?**

☐ nein ☐ ja, es ist… ☐ geplant ☐ laufend ☐ beendet

Läuft eine Schuldnerberatung? ☐ nein ☐ ja

**31. Beantragte Sozialleistungen**

☐ keine
☐ Antrag auf Grundsicherung
☐ Antrag auf Arbeitslosengeld
☐ Antrag auf Bürgergeld
☐ Antrag auf Feststellung Grad einer Behinderung (GdB / Schwerbehinderung)
☐ Änderungsantrag auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
☐ Antrag auf *volle* Erwerbsminderungsrente
☐ Antrag auf *teilweise* Erwerbsminderungsrente
☐ Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA berufliche Rehabilitation)

☐ Antrag auf Feststellung eines Grades der Schädigungsfolge (GdS) (Folgen einer Schädigung, die durch ein bestimmtes Ereignis entstanden sind z.B. Opfer von Gewalttaten, Wehrdienstbeschädigte, Zivildienstbeschädigte, Opfer staatlichen Unrechts in der DDR oder Impfgeschädigte sowie deren jeweilige Hinterbliebene)

☐ Sonstige:

**32. Bestehen sozialgerichtliche Auseinandersetzungen oder Widerspruchsverfahren wegen beantragter Sozialleistungen?** *(bezieht sich auf die vorherige Frage!)*

☐ nein ☐ ja, wegen:

**33. Gibt es weitere psychische Belastungsfaktoren?**
(z.B. Pflege Angehöriger, Erziehungsprobleme, Erkrankungen des Partners etc.)

**34. Inanspruchnahme von Hilfsangeboten**

☐ Beratungsstellen, welche:
☐ Sozialberatungsstelle
☐ Sozialpsychiatrischer Dienst
☐ Erwerbslosenberatungsstelle
☐ Frauenberatung
☐ Jugendamt
☐ Eheberatung
☐ Gesundheitsamt
☐ Beratung Alleinerziehender
☐ Suchtberatung
☐ Schwangerenberatung
☐ Erziehungsberatung
☐ ambulant betreutes Wohnen

☐ Beratung von Opfer von Gewalt
☐ Beratung Migration/Flüchtlinge/Spätaussiedler

☐ Selbsthilfegruppe*n für:

☐ Sonstige:

☐ Gesetzliche Betreuung für:
☐ Vermögenssorge/finanzielle Dinge
☐ Gesundheitssorge
☐ Wohnungsangelegenheiten
☐ Aufenthaltsbestimmung

**35. Freizeitverhalten**

☐ Mitglied in einem Verein
☐ Ehrenamt
☐ Sport
☐ Kulturelle Aktivitäten (Kino, Theater, Konzerte etc.)
☐ Hobbys:
☐ Reisen, letztmalig:

**36. Kontakte und Freundeskreis** Wer unterstützt Sie?

☐ Freunde
☐ Familie
☐ Nachbarn
☐ Vereinsfreunde
☐ Seelsorge
☐ Kollegen
☐ Weitere

**Konnten Sie den Fragebogen selbst ausfüllen oder benötigten Sie hierzu Unterstützung?**
☐ Ich habe den Fragebogen selbst ausgefüllt
☐ Ich hatte Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens
☐ Eine andere Person hat den Fragebogen für mich ausgefüllt

**Hinweis**
Für die Reha-Maßnahme sind ausreichend gute Deutschkenntnisse eine wichtige Voraussetzung!

***Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich alle Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet habe.***

***Datum*** _____ **Unterschrift** _____

***→ Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an uns zurück an aufnahme@gelderlandklinik.de*** *(vorher abspeichern nicht vergessen).*