



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

<b>2.3 Anlernberuf</b>		
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
<b>2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?</b>		
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)?		
<b>2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?</b>		
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		
<b>2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?</b>		
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) MSAT / MSNR

noch Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

bei welcher Agentur für Arbeit?

nein  ja, am

Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?

nein  ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

**Arbeitshaltung**

**Heben / Tragen**

ständig      überwiegend      zeitweise

Art der Lasten:

stehend

gehend

sitzend

gebückt

Arme über Brusthöhe

kniend / hockend

auf Gerüsten / Leitern

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein  ja, folgende

weitere Bemerkungen

**Arbeitsorganisation**

**Äußere Einflüsse**

**Berufliches Kraftfahren**

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- starker Lärm
- Lärmschutz muss getragen werden

- Pkw
- Lkw
- Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

- Erschütterungen / Vibrationen
- Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

**Sonstiges**

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Auswärts-Montage
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- außerordentliche Konzentration erforderlich

- regelmäßige Dreischicht
- nur Nachtschicht
- starrer maschinengebundener Arbeitstakt

hautreizende Stoffe, welche?

lange Anfahrtszeiten

Einzelakkord  Gruppenakkord  
Beschreibung

atemwegsreizende Stoffe, welche?

\_\_\_\_\_ Minuten

- überwiegend im Freien
- überwiegend in Rohbauten
- überwiegend witterungsgeschützt

- keine geregelten Pausen
- überwiegend Bildschirmarbeit
- besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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





