

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### **Angaben zu den Anforderungen am Arbeitsplatz** (bei Arbeitslosigkeit bitte Ihren letzten Arbeitsplatz beschreiben)

#### Art der körperlichen Tätigkeit

Ich verrichte körperlich

- leichte
- leichte und mittelschwere
- ständig mittelschwere
- schwere Arbeiten

Dabei arbeite ich

- ständig stehend
- häufig in gebeugter Haltung
- gehend und stehend
- häufig mit erhobenen Armen
- häufig/ständig sitzend
- häufig im Hocken oder Knien
- im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen
- häufig auf Gerüsten und Leitern

Heben/Tragen von Lasten  
mit mehr als über 7 kg

- häufig
- gelegentlich

Arbeitszeit

- regelmäßig
- unregelmäßig
- Teilzeit (\_\_\_\_\_ Std. pro Woche)

Arbeitsweise

- Zweischicht-Betrieb
- Dreischicht-Betrieb
- häufig / ständig Nachtschicht

Äußere Arbeitseinflüsse

- Nässe
- Kälte
- Hitze
- Lärm
- Arbeit im Freien
- in offenen Rohbauten
- mit Staubentwicklung
- mit Gasen, Dämpfen
- Belastung der Haut durch chem. Einflüsse

Ich verrichte geistig

- einfache
- mittelschwierige
- schwierige Arbeiten

Genauere Berufsbezeichnung

---

Häufigste tägliche  
Arbeitsaufgaben

---

---

---

Ich bin zurzeit arbeitsunfähig

- ja, seit \_\_\_\_\_
- nein

---

Ort

Datum

Unterschrift