

## Fragebogen zur persönlichen Beratung und Begutachtung

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
Alter:	Größe:	Gewicht:	
<b>Welchen Schulabschluss haben Sie?</b> <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> BBR/Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> MSA/Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur In welchem Land sind Sie zur Schule gegangen?			
<b>Welchen Beruf haben Sie erlernt?</b>			
<b>Bis wann haben Sie zuletzt gearbeitet?</b>			
bis:		als was:	
<b>Fühlen Sie sich in der Lage zu arbeiten?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht? <b>Was fällt Ihnen besonders schwer?</b> <input type="checkbox"/> Heben/Tragen <input type="checkbox"/> Bücken <input type="checkbox"/> Hocken/Knien <input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten <input type="checkbox"/> Stress/Umgang mit vielen Menschen <input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Nacht- und Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Langes Sitzen <input type="checkbox"/> Langes Stehen <input type="checkbox"/> Langes Gehen			
<b>Welchen Beruf möchten Sie in Zukunft ausüben?</b>			
<input type="checkbox"/> Vollzeit		<input type="checkbox"/> Teilzeit	
<b>Hatten Sie schwere Operationen oder Knochenbrüche? Wenn ja, wann und welche?</b>			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<b>Leiden Sie an dauerhaften Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?</b>			
<b>Bei welchen Ärzten sind Sie in Behandlung? (Bitte auch die Fachrichtung angeben.)</b>			
<b>Haben Sie eine Schwerbehinderung?</b>			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, welcher Grad?	