

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

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

- ja, Vollzeit ( 6 Stunden/Tag und mehr)  nein, arbeitslos seit \_\_\_\_\_
- ja, Teilzeit ( 3 bis unter 6 Stunden/Tag)  nein, Zeitrente bis \_\_\_\_\_
- ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag)  nein, dauerhaft berentet
- ja, in Ausbildung (Altersrente, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)
- 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)

**(2) Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?**  ja  nein

**(3) Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Renten Antrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?**  ja  nein

	einem Monat	mehr als einem Monat	überhaupt nicht
<b>(4) Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von.....</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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