

# Fragebogen

## ARBEITS- UND BERUFSANAMNESE

### 1.0) Erwerbsstatus:

#### Zur Zeit sind Sie:

- Berufstätig
- Hausfrau/-mann .....
- Arbeitsunfähig seit .....
- Altersrentner seit .....
- Krankengeld seit .....
- Zeitrente seit ..... läuft bis .....
- Arbeitslos seit .....
- Freistellungsphase der Altersteilzeit
- Arbeitslosengeld seit .....
- Ich befinde mich seit ..... in der Aktivphase der Altersteilzeit.
- Hartz IV seit .....

### 2.0) Beruflicher Werdegang:

#### Schulabschluss:

- ohne Abschluss
- Volks-/Hauptschule
- Mittlere Reife
- Abitur
- Sonstige Abschlüsse .....

#### Berufsausbildung:

- Ja als was: .....
- Nein

Als was arbeiten Sie zur Zeit?

---

**3.0) Wie lange liegt Ihre Tumordiagnose zurück?**

- <3 Monate
- 3–6 Monate
- 6–12 Monate
- >12 Monate
- >5 Jahre

**4.0) Hat sich Ihre berufliche Tätigkeit seit der Diagnose der Tumorerkrankung geändert?**

- Nein
- Ja

Wenn ja wie?

- Arbeitsplatzwechsel ohne Reduktion des Einkommens
- Arbeitsplatzwechsel mit Reduktion des Einkommens
- Reduzierung der Stundenzahl
- Mir wurde aufgrund der Erkrankung gekündigt.
- Ich habe die Rente beantragt.
- Sonstiges

### 5.0) Beschreibung des Arbeitsplatzes:

Beschreiben Sie bitte, was Sie bei Ihrer Arbeit machen (sollten Sie derzeit keine berufliche Tätigkeit ausführen, beschreiben Sie bitte die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit)

---

---

Gibt es Belastungsfaktoren bei Ihrer Arbeit, z.B. Staub, Kälte, Hitze, Lärm, Zeitdruck, Zwangshaltungen etc.

---

---

Arbeiten Sie Schicht? Wenn ja, genau die Zeiten angeben.

---

Wie viele Mitarbeiter hat Ihre Firma?

---

Wie weit ist es zu Ihrer Arbeit (km)?

---

Welche Zeit brauchen Sie, um von zu Hause bis zum Arbeitsplatz zu kommen?

---

Gibt es Konflikte (Streit mit Arbeitskollegen, Vorgesetzten)?

---

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit und dem Arbeitsplatz?

---

Körperliche Arbeitsschwere:

- leicht,
- mittelschwer (Heben und Tragen von 10–15 kg),
- schwer (Heben und Tragen von 20–30 kg)
  
- zeitweise,  überwiegend,  ständig

**6.0) AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten:**

keine

folgende Arbeitsunfähigkeitszeiten:

---

**7.0) Haben Sie nach der Therapie der Erkrankung eine Rehabilitationsmaßnahme (Kur) durchgeführt?**

ja

nein

**8.0) Treiben Sie mehr als 30 min Sport / Tag?**

ja

nein