

# Fragebogen zur Teilhabe am Arbeitsleben

## Von dem Soldat beziehungsweise von der Soldatin auszufüllen

1	Nachname	Vorname	
	Dienstgrad	Personenkennziffer	Personalnummer

### 2 Status

Berufssoldat/Berufssoldatin    
  Soldat/Soldatin auf Zeit    
  Freiwilligen-Wehrdienstverhältnis  
 Reservewehrdienstverhältnis    
  Wehrdienstverhältnis besonderer Art

3	Eintritt in die Bundeswehr (Datum)	Festgesetzte Wehrdienstzeit	Ablauf der Dienstzeit (Datum)
		Jahre      Monate	

4	Einheit/Dienststelle und Standort	Telefon	E-Mail
---	-----------------------------------	---------	--------

5	Heimatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
	Aktuelle Adresse (falls abweichend von Heimatadresse)

6	Schulbildung	Abschluss:	Ja	Nein
	Schulbildung	Abschluss:	Ja	Nein

7	Berufsausbildung	Abschluss:	Ja	Nein
	Berufsausbildung	Abschluss:	Ja	Nein

### 8 Berufliche Tätigkeit vor dem Eintritt in die Bundeswehr

vom (Datum)	bis (Datum)	als (Berufsbezeichnung)
	-	
vom (Datum)	bis (Datum)	als (Berufsbezeichnung)
	-	

### 9 Waren Sie vor Eintritt in die Bundeswehr arbeitslos?

Nein      Ja

überwiegend ausgeübte Tätigkeit

### 10 Wünsche für die berufliche Ausbildung oder Weiterbildung

### 11 Wurde die Gesundheitsschädigung von Dritten oder von Bundeswehrangehörigen verursacht?

Nein      Ja (Name, Vorname, Anschrift) \_\_\_\_\_

### 12 Wurde über eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) bereits entschieden?

Nein      Ja (Datum des Bescheides) \_\_\_\_\_

**13** Ist eine Schwerbehinderung beziehungsweise Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen **anerkannt**?

Nein      Ja

**Hinweis:** Sollte bereits ein anerkannter Grad der Behinderung (GDB) von 50 oder eine Gleichstellung vorliegen, wird die zuständige Schwerbehindertenvertretung beteiligt.

Ist eine Schwerbehinderung beziehungsweise Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen **beantragt** oder sind Sie von einer Behinderung **bedroht**?

Nein      Ja

**14** Gehörten Sie vor Eintritt in die Bundeswehr einer gesetzlichen Rentenversicherung an?

Nein      Ja

Deutsche Rentenversicherung

Bundesversicherungsanstalt  
für Angestellte

Knappschaft-Bahn-See

### **15 Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Ich willige ein, dass meine personbezogenen Daten nach § 67 Sozialgesetzbuch SGB X verarbeitet und auch an die am weiteren Verfahren der beruflichen Rehabilitation beteiligten Stellen übermittelt werden. Gleichzeitig erteile ich dem Karrierecenter der Bundeswehr- Berufsförderungsdienst die Genehmigung zur Einsichtnahme in die mit meiner Gesundheitsschädigung zusammenhängenden Unterlagen und zur Teilnahme an Beratungen durch Rehabilitationsträger. Die an meiner Behandlung beteiligte Ärzte und Psychologen entbinde ich von der ärztlich Schweigepflicht gegenüber den am Verfahren beteiligten Stellen.

Datum

Unterschrift des Soldaten/der Soldatin (Nachname, Vorname)

Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Angaben zu meiner Festnetznummer und beziehungsweise oder Mobilfunknummer und beziehungsweise oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Erreichbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung der damit einhergehenden Maßnahmen ein. Diese Angaben dürfen von allen im Berufsförderungsdienst beteiligten Stellen genutzt werden.

Nein      Ja

Datum

Unterschrift des Soldaten/der Soldatin (Nachname, Vorname)

Eine Verweigerung der Einwilligung beziehungsweise das Unterlassen der Bekanntgabe dieser Daten hat keinen nachteiligen Einfluss auf das Verfahren. Eine Erreichbarkeit über die postalische Adresse ist gegeben: bei Verweigerung der Einwilligung wird auf diese zurückgegriffen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst (Straße, Postleitzahl, Ort)

**16 Bitte unverzüglich an das Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst**

(Straße, Postleitzahl, Ort)

---

**weiterleiten!**

**Vom Berufsförderungsdienst auszufüllen**

**17** Existierte ein nachweisbar angestrebtes Eingliederungsziel vor Eintritt der Gesundheitsschädigung?

Nein      Ja, mit dem Eingliederungsziel \_\_\_\_\_

**18** Anforderungs- und Tätigkeitsprofil für Tätigkeit(en) Zeilen 10 und 17

---

**19** Datum, Unterschrift des Berufsförderungsdienstes

---

**Bitte unverzüglich an den behandelnden Arzt beziehungsweise Ärztin weiterleiten!**

**Vom behandelnden Arzt auszufüllen beziehungsweise  
von der behandelnden Ärztin auszufüllen**

20 Art der Gesundheitsschädigung

Stempel des Krankenhauses/  
der SanEinrichtung der Bundeswehr

21 Ist eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anzunehmen?

Nein Ja

Ist ein WDB-Blatt angelegt worden?

Nein Ja

22 Könnte eine Wehrdienstunfähigkeit eintreten?

Nein Ja

23 Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung die Ausübung des erlernten Berufs (Zeile 7)?

Nein Ja

Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung die Ausübung der früheren Tätigkeit (Zeile 8 und 9)?

Nein Ja

Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung das zum Zeitpunkt des Eintritts der Gesundheitsschädigung nachweisbar angestrebte Eingliederungsziel (Zeile 17)?

Nein Ja

24 Bestehen ärztliche Bedenken gegen die Berufswünsche (Zeilen 10 und 17)

(nur falls Berufswünsche in Zeilen 10 oder 17 eingetragen wurden)

Nein Ja, folgende

25 Sind weitere medizinische Maßnahmen vorgesehen?

Nein Ja, voraussichtlich ab

26 Wann ist die medizinische Rehabilitation voraussichtlich abgeschlossen?

27 Können nach dem derzeitigen Gesundheitszustand berufsfördernde Maßnahmen begonnen werden?

Nein Ja, voraussichtlich ab

28 Ist eine Verlegung zur Durchführung der Heilbehandlung erforderlich?

Nein Ja, nach

29 Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

30 Bitte unverzüglich an das Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst

(Straße, Postleitzahl, Ort)

**weiterleiten!**

31 Reha-Bearbeiter – Feststellung zu einer beruflichen Betroffenheit