

Fragebogen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Vom Soldaten/Von der Soldatin auszufüllen

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| 01 | Dienstgrad, Name, Vorname | | Personenkennziffer | Personalnummer |
| 02 | Status <input type="checkbox"/> Berufssoldat/ Berufssoldatin <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit/ Soldatin auf Zeit <input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienst Leistender / Leistende <input type="checkbox"/> Soldat/Soldatin in einem Reservewehrdienstverhältnis <input type="checkbox"/> Wehrdienstverhältnis besonderer Art | | | |
| 03 | Eintritt in die Bundeswehr (Datum) | Festgesetzte Wehrdienstzeit auf | | Ablauf der Dienstzeit (Datum) |
| | | Jahre | Monate | |
| 04 | Einheit/Dienststelle und Standort | | Telefon dienstlich | E-Mail dienstlich |
| 05 | Heimatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | | |
| | Aktuelle Adresse (falls abweichend von Heimatanschrift) | | | |
| 06 | <u>Schulbildung</u> | | | |
| | | | Abschluss: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | Abschluss: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 07 | <u>Berufsausbildung</u> | | | |
| | | | Abschluss: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | Abschluss: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 08 | Berufliche Tätigkeit vor dem Eintritt in die Bundeswehr vom–bis (Datum) | | als (Berufsbezeichnung) | |
| 09 | Waren Sie vor Eintritt in die Bundeswehr arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein überwiegend ausgeübte Tätigkeit: | | | |
| 10 | Wünsche für die berufliche Ausbildung oder Weiterbildung | | | |
| 11 | Wurde die Gesundheitsschädigung von Dritten oder von Bundeswehrangehörigen verursacht? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | Ja (Name, Vorname, Anschrift) | | |
| 12 | Wurde über eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) bereits entschieden? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | Ja, (Datum des Bescheides) | | |
| 13 | Gehörten Sie vor Eintritt in die Bundeswehr einer gesetzlichen Rentenversicherung an? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | Ja, der | | |
| | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Bundesversicherungsanstalt für Ang. | <input type="checkbox"/> Knappschaft-Bahn-See | |
| 14 | Einwilligung | | | |
| | Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten nach § 67 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 beteiligten Ärzte und Psychologen entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den am Verfahren beteiligten Stellen. | | | |
| | Datum | | | |
| | Unterschrift | | | |
| 15 | Bitte unverzüglich an das KarrC Bw - Berufsförderungsdienst | | weiterleiten! | |



Vom Berufsförderungsdienst auszufüllen

16 Existierte ein nachweisbar angestrebtes Eingliederungsziel vor Eintritt der Gesundheitsschädigung?

Nein Ja, mit dem Eingliederungsziel

17 Anforderungs- und Tätigkeitsprofil für Tätigkeit(en) Zeilen 10 und 16

18 Datum

Unterschrift, Amtsbezeichnung

Bitte unverzüglich an den behandelnden Arzt weiterleiten!**Vom behandelnden Arzt auszufüllen**

Stempel der Krankenanstalt/SanEinrichtung der Bw

19 Art der Gesundheitsschädigung (Bitte Befunde in Kopie beifügen)

20 Ist eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anzunehmen?

 Nein Ja

Ist ein WDB-Blatt angelegt worden?

Nein Ja

21 Besteht voraussichtlich Wehrdienstunfähigkeit nach der Entlassung aus der Krankenanstalt?

 Nein Ja

22 Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung

die Ausübung des erlernten Berufs (Zeile 07)

 Nein Ja

die Ausübung der früheren Tätigkeit (Zeilen 08 und 09)

 Nein Ja

das zum Zeitpunkt des Eintritts der Gesundheitsschädigung nachweisbar angestrebte Eingliederungsziel (Zeile 16)

 Nein Ja

23 Bestehen ärztliche Bedenken gegen die Berufswünsche (Zeilen 10 und 16)

*(nur falls Berufswünsche in Zeilen 10 oder 16 eingetragen wurden)*Nein Ja, folgende:

24 Sind weitere medizinische Maßnahmen vorgesehen?

Nein Ja, voraussichtlich ab (Datum)

25 Wann ist die medizinische Rehabilitation voraussichtlich abgeschlossen?

26 Können nach dem derzeitigen Gesundheitszustand berufsfördernde Maßnahmen begonnen werden?

Nein Ja, voraussichtlich ab (Datum)

27 Ist eine Verlegung zur Durchführung der Heilbehandlung erforderlich?

Nein Ja, nach

28 Datum

Unterschrift des Arztes

29 **Bitte unverzüglich an das KarrC Bw - Berufsförderungsdienst****weiterleiten!**30 **Reha-Bearbeiter – Feststellung zu einer beruflichen Betroffenheit**