Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Finanzdepartement EFD

Zentrale Ausgleichsstelle ZAS
Invalidenversicherungs-Stelle
für Versicherte im Ausland IVSTA

FRAGEBOGEN FÜR DIE/DEN VERSICHERTE/N

Zurückzusenden an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland,
Av. Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, CH-1211 Genf 2
Fax: +41 58 461 99 50, E-Mail: oaie@zas.admin.ch

Name:	Geboren am:
Unser Zeichen:	

Wichtiger Hinweis:

Dieser Fragebogen ist in Blockschrift vollständig und genau auszufüllen, zu datieren und zu unterzeichnen (Seite 14).

Telefonnummer der versicherten Person: _____

E-Mail Adresse der versicherten Person: _____

A. ANGABEN ZUR GESUNDHEITSBEEINTRÄCHTIGUNG

1. Angaben zur Gesundheitsbeeinträchtigung

a) Name und Adresse Ihres derzeit behandelnden Arztes:

b) Durch welchen anderen Arzt wurden Sie zuletzt behandelt?
(Name und **komplette** Adresse des Arztes/der Klinik/des Spital

Während welchen Zeitspannen?

Für welche Gesundheitsprobleme?

c) Durch welchen anderen Arzt wurden Sie vorher behandelt?
(Name und **komplette** Adresse des Arztes/der Klinik/des Spital)

Während welchen Zeitspannen?

Für welche Gesundheitsprobleme?

B. BERUFLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE SITUATION

2. Schulen, Studien, erlernte(r) Beruf(e)

a) Art/Niveau der Bildung (Grundausbildung, Studien, Lehre, beschleunigte Ausbildung in einem Betrieb usw.):

b) Name und Adresse der besuchten Schule oder des Lehrmeisters:

c) Während welcher Zeitspanne?

d) Leistungsnachweis (Fähigkeitszeugnis, Diplom, etc.):

3. Berufliche Situation vor der Gesundheitsbeeinträchtigung:

- ☐ Vollzeitige unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit
- ☐ Teilzeitige unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit
- ☐ Keine Erwerbstätigkeit
- ☐ Andere : _____

4. Sofern Sie Ihre Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben haben:

Welche selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit haben Sie vor der Einreichung des Leistungsgesuchs ausgeübt?

a) Detaillierte Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Tätigkeitsbereich, Arbeitsposition – sitzend, stehend, wechselnd, Tragen von Gewichten):

b) Arbeitsperioden

c) Wie viele Stunden arbeiteten Sie zuletzt (pro Woche)? _____

d) Welches monatliche Bruttoeinkommen erzielten Sie zuletzt? _____

e) Sofern es sich um eine unselbständige Erwerbstätigkeit handelte, bitten wir um Angabe des Namens und der kompletten Adresse Ihres Arbeitgebers (Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

f) Sofern die letzte Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausgeübt wurde, bei welcher schweizerischen beruflichen Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule (Pensionskasse) waren Sie bei Eintritt Ihrer Arbeitsunfähigkeit versichert oder welche war Ihre letzte schweizerische berufliche Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse)?
Bitte geben Sie den Namen und die Adresse der schweizerischen beruflichen Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) an:

5. Sofern Sie noch immer in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder selbständig tätig sind:

a) Detaillierte Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Tätigkeitsbereich, Arbeitsposition –sitzend, stehend, wechselnd, Tragen von Gewichten):

b) Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich? _____

c) Welches ist Ihr monatliches Bruttoeinkommen? _____

d) Name und komplette Adresse Ihres Arbeitgebers (Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

e) Seit wann sind Sie dort beschäftigt? _____

6. Sofern Sie Ihr Arbeitspensum reduzieren oder erhöhen mussten:

a) Was waren die Gründe hierfür (Gesundheit, wirtschaftliche Gründe, Freizeitbeschäftigungen, andere)?

b) Seit wann? _____

c) Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich? _____

d) Welches ist Ihr monatliches Bruttoeinkommen? _____

e) Wie viele Stunden arbeiteten Sie vor der Reduktion/Erhöhung des Arbeitspensums (pro Woche)? _____

f) Welches monatliche Bruttoeinkommen erzielten Sie vor der Reduktion/Erhöhung des Arbeitspensums? _____

7. Sofern Sie Ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen haben:

a) Während welchen Zeitspannen?

b) Aus welchem Grunde?

8. Sofern Sie eine Nebenbeschäftigung ausüben:

a) Welche Nebenbeschäftigung?

b) Seit wann ? _____

c) Wie viele Stunden arbeiten Sie in dieser Nebenbeschäftigung pro Woche?_____

d) Welches monatliche Bruttogehalt erzielen Sie in dieser Nebenbeschäftigung?_____

e) Name und komplette Adresse des Arbeitgebers (Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

9. Sofern Sie aufgrund persönlicher Wahl nicht mehr arbeiten:

a) Welchen anderen Tätigkeiten gehen Sie derzeit nach (Haushalt, Ausbildung, Kindererziehung, Freizeitbeschäftigungen, etc.)?

b) Seit wann? _____

c) Aus welchem Grunde?

10. Würden Sie heute ohne Gesundheitsbeeinträchtigung eine Erwerbstätigkeit ausüben?

a) Falls nein, warum nicht?

b) Falls ja, welche Erwerbstätigkeit?

c) Aus welchem Grunde (finanzieller Grund, persönlicher Grund, anderer Grund)?

d) Seit wann? _____

e) Zu welchem Arbeitspensum? _____ %

11. Haben Sie Schritte für den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben unternommen?

a) Falls nicht, aus welchen Gründen?

b) Falls ja, für welche Erwerbstätigkeit?

c) Aus welchem Grunde (finanzieller Grund, persönlicher Grund, anderer Grund)?

d) Seit wann? _____

e) Zu welchem Arbeitspensum? _____ %

f) Bei welchen Arbeitgebern?

12. Haben Sie Arbeitslosengeld bezogen? :

a) Vollarbeitslosigkeit – Während welcher Zeitspanne?

b) Teilarbeitslosigkeit - Während welcher Zeitspanne?

Wie viele Stunden?
pro Tag: pro Monat:

Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (die Arbeitslosengeld ausrichtet oder ausgerichtet hatte):

13. Absolvieren Sie derzeit eine berufliche Ausbildung/Umschulung?

a) Welche?

b) Zu welchem Pensum (in %)?

14. Finanzielle Gesamtsituation des Haushalts :

Einkommen:	Währung	Betrag (pro Monat)	Bemerkungen
Gehalt	.....	.....	.....
Gehalt des Ehe-/Lebenspartners	.....	.....	.....
Unterhaltszahlung(en)	.....	.....	.....
Total der Renten	.....	.....	.....
Sozialhilfe	.....	.....	.....
Andere Einkommen		.....	.....
Ausgaben:			
Miete	.....	.....	.....
Hypotheken	.....	.....	.....
Schulden	.....	.....	.....
Unterhaltszahlung(en)	.....	.....	.....
Andere Ausgaben	.....	.....	.....

15. Beschreibung eines gewöhnlichen Tagesablaufs vor Eintreten der Gesundheitsbeeinträchtigung:

16. Beschreibung eines gewöhnlichen Tagesablaufs nach Eintreten der Gesundheitsbeeinträchtigung:

C. PERSÖNLICHE SITUATION

17. Zusammensetzung des Haushalts

Anzahl aller Personen im Haushalt: _____

Erwachsene (Anzahl und jeweiliges Alter): _____

Kinder (Anzahl und jeweiliges Alter): _____

Dauerhaft pflegebedürftige Personen (Anzahl und jeweiliges Alter): _____

Arbeitspensum des Ehe-/Lebenspartners: _____

Musste Ihr Ehe-/Lebenspartner sein Arbeitspensum reduzieren, um Ihnen aufgrund Ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung zu helfen? _____

Falls ja, seit wann und um wieviel (in%) hat er/sie seine/ihre Tätigkeit reduziert?

_____

Falls Sie eine unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit vollzeitig ausüben (siehe Frage 3), dann können Sie direkt zu Punkt 20 gehen. Falls nicht, dann füllen Sie bitte unten Teil D aus.

D. HAUSHALT

18. Wohnart:

☐ Einfamilienhaus ☐ Bauernhaus Anzahl der Stockwerke: _____

☐ Wohnung Etage : _____ Fahrstuhl vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Zimmer: _____ m^2: _____

☐ Garten m^2 _____ ☐ Blumen/Zierpflanzen
☐ Gemüsegarten
☐ Obstbäume
☐ Andere: _____

Boden: ☐ Parkett ☐ Fliesen ☐ Teppich ☐ Anderer Bodenbelag _____

19. Wohnungsausstattung:

☐ Waschmaschine

☐ Wäschetrockner

☐ Geschirrspülmaschine

☐ Tiefkühltruhe

☐ Mikrowelle

☐ Staubsauger

☐ Nähmaschine

Steht Ihnen ein Transportmittel zur Verfügung? ☐ nein ☐ ja, welches? _____

Entfernung vom Domizil zu den Einkaufsläden: _____ km

Erläuterung zu den Tätigkeiten im Haushalt für die nachfolgenden zwei Tabellen:

- Geben Sie unter jeder Rubrik an, wie viel Zeit pro Woche Sie durchschnittlich jeweils vor der Gesundheitsbeeinträchtigung dafür aufgewendet haben und wie viel Zeit Sie aktuell dafür verwenden.
- In der Tabelle 1 ist der gesamte Zeitaufwand der versicherten Person und allen anderen im gleichen Haushalt lebenden Personen gemäss dem oben aufgeführten Punkt 17 anzugeben.
- In der Tabelle 2 muss die Zeit die vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung und/oder aktuell von Personen **ausserhalb** des Haushaltes aufgewendet wurde, angegeben werden, sofern es sich dabei um regelmässige Hilfe handelt.
- Nehmen Sie sich allenfalls 1-2 Wochen Zeit, um vorerst den Zeitaufwand für die verschiedenen Aufgaben zu notieren, und sich damit das Ausfüllen der Tabellen zu erleichtern.

Tabelle 1 : Versicherte(r) und im gleichen Haushalt lebende Personen gemäss Punkt 17	**VOR** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung – **In der Vergangenheit**			**NACH** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung **Aktuelle Situation**		
Aufgaben	**Persönlicher Zeitaufwand**	Aufgewendete Zeit von anderen Personen des gleichen Haushalts		**Persönlicher Zeitaufwand**	Aufgewendete Zeit von anderen Personen des gleichen Haushalts	
			Wer hilft ? :			Wer hilft ? :
Ernährung Mahlzeiten-Planung Gemüse zubereiten Kochen/Backen (stehend vor dem Herd) Tisch decken/abräumen Geschirrspülen von Hand Geschirrspüler ein- und ausräumen Geschirr versorgen Tägliche Reinigung (Arbeitsfläche, Herd, Tisch)	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____
Wohnungs- und Hauspflege **Tägliche Reinigung:** Tägliches Aufräumen, Abstauben, Lüften Tägliche Sanitärreinigung (Badezimmer/WC) Betten machen Abfallentsorgung/Recycling **Gründliche Reinigung (inkl. Fenster, Türen)**	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____
Einkäufe Vorbereitung (Prüfen von Vorräten, Einkaufslisten) Tägliche Einkäufe (Frische Produkte, täglicher Bedarf) Grosseinkauf (für schwere Waren) Administratives (Post durchsehen, Zahlungen tätigen) Zu Ämtern gehen, zur Post, zur Bank, zum Arzt usw.	_____**Std./Wo.**	_____ **Std./Wo.**	_____	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____
Wäsche und Kleiderpflege Waschen (sortieren, transportieren, Maschine starten) Wäsche aufhängen und abnehmen Bügeln, zusammenlegen, Wäsche versorgen Schuhe reinigen Kleinere Reparaturen	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____

Tabelle 1 (Fortsetzung)	**VOR** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung – **In der Vergangenheit**			**NACH** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung **Aktuelle Situation**		
Aufgaben	**Persönlicher Zeitaufwand**	Aufgewendete Zeit von anderen Personen des gleichen Haushalts		**Persönlicher Zeitaufwand**	Aufgewendete Zeit von anderen Personen des gleichen Haushalts	
Pflege und Betreuung von Angehörigen ***In der Regel max. 30 Std./Wo.*** **Kinder:** Kleinkinder (heben, Windeln wechseln) Kinder anweisen, überwachen und kontrollieren Spielen, Basteln, Geschichten erzählen Freizeitaktivitäten (Ausflüge, Park, Kino, Schwimmbad) Gespräche führen Hilfe bei den Hausaufgaben Hilfe während der Ausbildung Elterngespräche in der Schule/Ausbildung Kinderveranstaltungen Begleitung/Fahrdienste (Arzt, Zahnarzt) **Pflegebedürftige Erwachsene:** Pflege (tägliche Aufgaben) Begleitung/Fahrdienste (Arzt, Zahnarzt) Administratives (Post durchsehen, Zahlungen tätigen) Gespräche führen	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	Wer hilft? : _____	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	Wer hilft? : _____
Aussenbereich- und Gartenpflege: Pflege der Pflanzen/des Rasens des Hauses und auf dem Balkon Reinigung und Pflege der Umgebung **Haustiere:** Füttern, reinigen, zum Tierarzt gehen Anzahl: _____ Art(en):_____	_____ **Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**	_____	_____**Std.Wo.**	_____**Std.Wo.**	_____
Freizeitbeschäftigung: _____	_____**Std./Wo.**			_____**Std./Wo.**		

Tabelle 2 : Regelmässige Hilfe im Haushalt von aussenstehenden Personen, die nicht mit der versicherten Person zusammenleben (Haushaltsangestellte(r), Hilfe zu Hause, Gärtner, Nachbarn, Bekannte, usw.)

Aufgaben (Für Details zu den Rubriken, siehe Tabelle 1)	**VOR** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung – **In der Vergangenheit**	**NACH** Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung – **Aktuelle Situation**
Ernährung	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**
Wohnungs- und Hauspflege	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**
Einkäufe	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**
Wäsche und Kleiderpflege	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**
Pflege und Betreuung von Angehörigen	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**
Aussenbereich- und Gartenpflege, Tierpflege	_____**Std./Wo.**	_____**Std./Wo.**

20. Anmerkungen:

Name,Vorname:	Geboren am:
Unser Zeichen:	

Ermächtigung :

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte und Ärztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Arbeitgeber, Anwält*innen, Treuhandfirmen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des/der Versicherten und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die dem/der Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zu geben.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Antworten vollständig und wahrheitsgetreu erteilt zu haben. Leistungen die auf Grund ungenauer Auskünfte oder Erklärungen zugesprochen wurden, sind zurückzuzahlen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____