





Grund der Teilzeitanstellung :

b) Arbeitsstunden und Einkommen :

tägliche Arbeitszeit : \_\_\_\_\_ wöchentlich : \_\_\_\_\_

Stundenlohn : \_\_\_\_\_ Monatslohn : \_\_\_\_\_

c) Beschreibung Ihrer Aktivität (Bitte füllen Sie Punkt 4 des Fragebogens aus)

d) Name und Adresse vom Arbeitgeber (Name, genaue Adresse, PLZ, Ort, e-mail) :

e) Sofern Sie Ihre Arbeit infolge Krankheit oder Unfall unterbrechen mussten, möchten Sie die genauen Zeitabschnitte angeben und entsprechende Bestätigungen der Kranken- oder Unfallversicherung beilegen.

f) Haben Sie im Anschluss an die krankheitsbedingten oder unfallbedingten Unterbrechungen alle Tätigkeiten vollständig aufgegeben? Seit wann?



g) Erhalten Sie Leistungen aus anderen Schweizer Versicherungen (Unfallversicherung, SUVA, BVG-Pensionskasse, Lebensversicherung usw.)?

ja      nein

Name der Versicherung:

---

Adresse der Versicherung

---

---

Referenz-Nr

---

**3. ALLFÄLLIGE BEMERKUNGEN:**

Der (Die) Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Ort und Datum :

Unterschrift :

---

---



#### 4. ZUSATZFRAGEN : BESCHREIBUNG DER INDIVIDUELLEN TÄTIGKEIT

Die Informationen, die Sie in den nachfolgenden Fragen geben, sind sehr wichtig. Aufgrund dessen ist es unserem medizinischen Dienst möglich, die Situation optimal einzuschätzen.

Bei den folgenden Fragen sind wir darauf angewiesen, dass Sie die Hauptaufgaben aufführen und möglichst genau angeben, welche Anforderungen oder Belastungen zur Erfüllung der Arbeit notwendig sind.

Welche Arbeiten gehören bzw. gehörten zur Tätigkeit?	Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag ausgeführt werden? (Annahme 8 h/Tag)		
	1–5% oder bis ca. ½ h selten	6–33% oder ½ bis ca. 3 h manchmal	34–66% oder 3 bis rund 5¼ h oft
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen körperlichen und geistigen Anforderungen/Belastungen ist/war die Person ausgesetzt?	Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag ausgeführt werden? (Annahme 8 h/Tag)		
	1–5% oder bis ca. ½ h selten	6–33% oder ½ bis ca. 3 h manchmal	34–66% oder 3 bis rund 5¼ h oft
<b>Körperlich</b>			
Sitzen	<input type="checkbox"/>		
Gehen	<input type="checkbox"/>		
Stehen	<input type="checkbox"/>		
Heben oder tragen (leicht: 0–10 kg)	<input type="checkbox"/>		
Heben oder tragen (mittelschwer: 10–25 kg)	<input type="checkbox"/>		
Heben oder tragen (schwer: über 25 kg)	<input type="checkbox"/>		
Weitere	<input type="checkbox"/>		

Geistig	Die täglichen Anforderungen/Belastungen sind		
	gross	mittel	klein
Konzentration/Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>		
Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>		
Sorgfalt	<input type="checkbox"/>		
Auffassungsvermögen	<input type="checkbox"/>		
Weiteres	<input type="checkbox"/>		



**Andere Anforderungen oder Belastungen:**

Bitte geben Sie uns hier weitere berufsspezifische Informationen, die uns ein realistisches Bild Ihrer Arbeitstätigkeit vermitteln können.

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information.