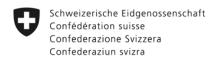


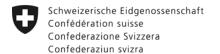
FRAGEBOGEN FÜR SELBSTÄNDIGERWERBENDE

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

Name : geboren am			
Unser Zeichen:			
Wichtiger Hinweis			
Wir bitten Sie, den Fragebogen so vollständig und genau wie möglich lesbar auszufüllen, zu datieren und unterschrieben an uns zurückzuschicken.			
BESCHREIBUNG DER SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT VOR EINTRITT DES GESUNDHEITSSCHADENS			
Name und Anschrift des Unternehmens			
2. Genaue Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschader	ns :		
Bitte füllen Sie Punkt 14 des Fragebogens aus !			
3. Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus (Datum) ?			
I Bitte legen Sie eine Kopie des Handelsregistereintrages oder ein vergleichbares o Dokument bei!	ffizielles		
4. Wie viele Stunden haben Sie vor Krankheitseintritt gearbeitet :			
pro Tag pro Woche			
5. Wie hoch war Ihr Einkommen vor Eintritt des Gesundheitsschadens?			
Bitte legen Sie Kopien der letzten drei Steuererklärungen bzw. Besteuerungen vor	Eintritt		
des Gesundheitsschadens bei.			

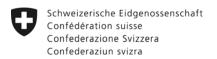


6.	Bis wann konnten Sie ohne Einschränkungen arbeiten (Datum)?				
BE	SCF	IREIBUNG DE	R TÄTIGKEIT NACH EIN	ITRITT DI	ES GESUNDHEITSSCHADENS
7.		eviele Stunder Tag	ı arbeiten Sie seit Eintrit t	des Ges pro Woch	
8.	Wi	ie hoch ist Ihr monatliches Einkommen seit Eintritt des Gesundheitsschadens?			
		e legen Sie Ko Gesundheits:		euererklä	ungen bzw. Besteuerungen nach Eintritt
9.	Α	ngaben aufgrund Ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung :			
	a)	a) Haben Sie aufgrund dessen leichtere Arbeiten aufnehmen müssen ?			
		□ ja	nein		
		Wenn ja, wel	che?		
Seit wann ?					
	b)	Haben Sie ar	dere Unternehmen mit de	er Ausführ	ung Ihrer Arbeiten beauftragt ?
		□ ja	nein		
		Wenn ja für	velche Tätigkeiten	Ī	Zusätzlich entstandene Kosten

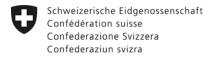


	c) Mussten Sie zusätzliche Mitarbeiter einstellen ?						
		ia, wieviele	☐ nein				
	Für welche Dauer/ Periode ? vom (Datum)		bis (Datum)				
	Wieviele Stunden pro Woche ?						
		Gehalt	Höhe der Sozialabgaben				
	d)	Mussten Sie Tätigkeiten an I haben?	hr Personal übertragen, welche Sie vorher selbst ausgeführt				
		☐ ja ☐ nein					
		Wenn ja, welche ?					
10.	Krai ode	nkheitsabsenzen (genaue Zeits er volle Arbeitsunfähigkeit)	panne mit Anfangs- und Enddatum ; Teilarbeitsunfähigkeit in %				
	Bitte legen Sie einen Nachweis (Krankenversicherung, Unfallversicherung oder Vergleichbares) bei						
	11. Haben Sie Ihre Tätigkeit endgültig aufgegeben ?						
		ja □ nein					
	We	enn ja, ab wann (Datum) ?					
	Bitte legen Sie den Nachweis der Geschäftsniederlegung bzw. der Löschung im Handelregister bei						

10.



12. Beziehen Sie eine	e Erwerbsunfanigkeitsrente der Sozialve	ersicherung inres vvonnsitziandes ?
□ ja	nein	
Wenn ja, seit wan	ın ?	
Bitte legen Sie ein	ne Kopie der Verfügung bei	
13. Bemerkungen		
Der/Die Unterzeich der Angaben. Ort und Datum	nende bestätigt mit der Unterschrift den	Wahrheitsgehalt und die Vollständigkeit Unterschrift

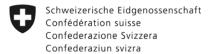


14. ZUSÄTZLICHE FRAGEN: BESCHREIBUNG DER INDIVIDUELLEN TÄTIGKEIT

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.

Velche Arbeiten sind/waren Teil der usgeübtenTätigkeit?		Mit welcher Häufigkeit sind diese Tätigkeiten auszuführen (Annahme 8 h/Tag)			
	bis ca. ½ h selten	½ bis ca. 3 h manchmal	3 bis rund 5¼ h oft		
Mit welchen Anforderungen/ körperlichen und Belastungen wurden Sie konfrontiert?		müssen diese Tätig ührt werden? (Anna			
Körperlich	bis ca. ½ h selten	½ bis ca. 3 h manchmal	3 bis rund 5¼ h oft		
Sitzen					
Gehen					
Stehen					
Heben oder tragen (leicht : 0-10 kg)					
Heben oder tragen (mittelschwer : 10-25 kg)					
Heben oder tragen (schwer : über 25 kg)					
Weitere					
Deleter.	_	nforderungen/ Belas	_		
Geistig Konzentration/Aufmerksamkeit	gross	mittel	gering		
Durchhaltevermögen					
Sorgfalt					
Auffassungsvermögen					
Weiteres					



Eidgenössisches Finanzdepartement EFD

Zentrale Ausgleichsstelle ZAS Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA

Andere Anforderungen oder Belastungen:	
Andere Anforderungen oder Belastungen: Bitte geben Sie uns hier weitere berufsspezifische Informationen, die uns ein realistisches Bild Ihrer Arbeitstätigkeit	
vermitteln können.	