



FRAGEBOGEN FÜR SELBSTÄNDIGE LANDWIRTE

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

1. Seit wann üben Sie die Tätigkeit als selbständiger Landwirt aus (Datum)? _____
2. Wer leitet aktuell die anfallenden Arbeiten ? _____
3. Gesamtfläche der genutzten Landwirtschaft in m² (in Eigentum oder gepachtet/gemietet) :
| _____

Aufteilung :

- Weiden – Grasland : _____ m²
- Ackerland : _____ m²
- Obstbau, inklusive Nüsse, Oliven, andere Früchte oder Beeren : _____ m²
Präzisierung, was angebaut wird: _____
- Gemüseanbau, Getreideanbau : _____ m²
Präzisierung, was angebaut wird: _____
- Anbau anderer Kulturen : _____ m²
- Präzisierung, was angebaut wird : _____
- Weinberg : _____ m²
- Wald : _____ m²



Anzahl der Tiere

- Rinder : _____
- Schafe : _____
- Hühner : _____
- Ziegen : _____
- Schweine : _____
- Andere : _____

Landwirtschaftliche Maschinen

Art : _____ Anzahl : _____

Aktueller Wert aller Maschinen

Genauere Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit **vor Eintritt des Gesundheitsschadens** :

Bitte füllen Sie Punkt 15 des Fragebogens aus !

4. a) Wie viele Stunden haben Sie **vor Krankheitseintritt** gearbeitet :

pro Tag : _____ pro Woche _____

b) Wie hoch war Ihr Nettoeinkommen aus der landwirtschaftlichen Tätigkeit **vor Eintritt des Gesundheitsschadens** ?

Jahr _____ Höhe des Einkommens _____

Bitte legen Sie Kopien der letzten drei Steuererklärungen bzw. Besteuerungen vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei.



5. Wieviele Personen ausser Ihnen waren im landwirtschaftlichen Betrieb vor Eintritt des Gesundheitsschadens beschäftigt ?

Familienmitglieder :

Angestellte

Für welche Zeitspanne/ Saison ?
vom (Datum)

bis (Datum)

Wieviele Stunden pro Woche ?

6. Bis wann konnten Sie die Arbeit selbständig ohne Einschränkungen ausüben (Datum) ?

REDUZIERUNG/ EINSTELLUNG DER SELBSTÄNDIGEN LANDWIRTSCHAFTLICHEN TÄTIGKEIT NACH EINTRITT DES GESUNDHEITSSCHADENS

7. Angaben aufgrund Ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung :

a) Haben Sie einige Tätigkeiten in der Landwirtschaft aufgegeben ?

ja nein

Wenn ja, welche ?

b) Mussten Familienmitglieder ihren Arbeitsanteil erhöhen ?

ja nein

Wenn ja, welche Familienmitglieder und für welche Arbeiten ?



c) Mussten Sie zusätzliche Mitarbeiter einstellen ?

Ja, wieviele : _____

nein

Für welche Dauer/ Periode ?
vom (Datum)

bis (Datum)

--	--

Wieviele Stunden pro Woche ?

--

Gehalt

Höhe der Sozialabgaben

--	--

8. Nettoeinkommen des landwirtschaftlichen Betriebes nach Eintritt des Gesundheitsschadens :

Jahr

Einkommen

--	--

Bitte legen Sie Kopien der letzten drei Steuererklärungen bzw. Besteuerungen nach Eintritt des Gesundheitsschadens bei.

9. Welche Arbeiten können Sie auch weiterhin ausführen ?

--

Wieviele Stunden pro Tag?

--

10. Welche Arbeiten können Sie aufgrund des Gesundheitsschadens gar nicht mehr ausführen ?

--



11. Haben Sie Ihre Tätigkeit endgültig aufgegeben ?

ja nein

Wenn ja, ab wann (Datum) ? _____

NEBENBESCHÄFTIGUNG

12. Nebenbeschäftigung mit zusätzlichem Einkommen neben dem landwirtschaftlichen Betrieb

Art der Nebenbeschäftigung

selbständig

angestellt als Mitarbeiter bei :

Genaue Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit

Für welche Dauer/ Periode ?

vom (Datum)

bis (Datum)

Wieviele Stunden pro Woche/ Monat/ Jahr ?

Durchschnittliches monatliches/ jährliches Einkommen für die Nebenbeschäftigung :

Warum haben Sie die Nebenbeschäftigung aufgenommen ?



13. Beziehen Sie eine Erwerbsunfähigkeitsrente der Sozialversicherung Ihres Wohnsitzlandes ?

ja nein

Wenn ja, seit wann ?

Bitte legen Sie eine Kopie der Verfügung bei

14. Zusätzliche Bemerkungen

Der/Die Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift den Wahrheitsgehalt und die Vollständigkeit der Angaben.

Ort und Datum :

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.

Welche Arbeiten sind/waren Teil der ausgeübten Tätigkeit?

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 geistigen Belastungen wurden Sie konfrontiert?

Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag ausgeführt werden? (Annahme 8 h/Tag)

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

Geistig

Die täglichen Anforderungen/ Belastungen sind

gross

mittel

gering

Konzentration/Aufmerksamkeit
Durchhaltevermögen
Sorgfalt
Auffassungsvermögen
Weiteres



Andere Anforderungen oder Belastungen:

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