



FRAGEBOGEN FÜR DEN ARBEITGEBER

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 signiert an uns zurückzuschicken.

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

Name und Adresse des Arbeitgebers :

--

Für eventuelle Rückfragen bitten wir um Angabe einer Kontaktperson.

Name, Vorname

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail Adresse

--------------	--------------	--------------

ANGABEN ZUM ARBEITSVERTRAG

1. Beginn und ggf. Ende des Arbeitsvertrages
Eintritt (Datum) Austritt (Datum)

--------------	--------------

Bitte legen Sie eine Kopie des Arbeitsvertrages bei !

Der Arbeitsvertrag ist

unbefristet

befristet

Datum Vertragsende : _____

beendet

andauernd

Wurde der Mitarbeiter nach Eintritt des Gesundheitsschadens angestellt ?

ja

nein



2. Wer hat den Arbeitsvertrag beendet ?

Aus welchen Gründen ?

3. Letzter tatsächlich ausgeübter Arbeitstag (Datum)

BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT VOR EINTRITT DES GESUNDHEITSSCHADENS

4. Genaue Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit des Versicherten **vor Eintritt des Gesundheitsschadens**

Bitte füllen Sie Punkt 7 des Fragebogens aus !

Leichte Tätigkeit

Mittelschwere Tätigkeit

Schwere Tätigkeit

Ist der Arbeitsplatz besonderen Bedingungen ausgesetzt (Stress, Lärm, Kälte, Dampf, etc...) ?

Vollzeit

Teilzeit

Anstellungspensum : _____ %

Grund der Teilzeitanstellung (Reduzierung der Arbeitszeit aus gesundheitlichen, wirtschaftlichen, persönlichen oder anderen Gründen)



Normale Arbeitszeit im Unternehmen

Anzahl der Stunden pro Tag

Anzahl der Stunden pro Woche

--

Anzahl der Arbeitsstunden des Versicherten **vor Eintritt des Gesundheitsschadens**

Anzahl der Stunden pro Tag

Anzahl der Stunden pro Woche

Ab (Datum)

--

--

--

Einkommen

Bruttoverdienst pro Stunde

Bruttoverdienst pro Monat

Bruttoverdienst pro Jahr

--

--

--

Bitte legen Sie Kopien der letzten drei Gehaltsabrechnungen vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei

Gewähren Sie Extrazahlungen für Verpflegung und Unterkunft? Werden andere zusätzliche Kosten, wie z.B. Gebühren, Sachleistungen oder Sozialleistungen bezahlt?

ja

nein

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

--

Anmerkungen

--

Gern können Sie die Liste der Krankmeldungen anheften. Im diesem Fall ist die nachfolgende Tabelle nicht auszufüllen.

Krankheitsabwesenheiten und/oder Unfall

Geben Sie die Abwesenheiten mit **K = Krankheit** / **U = Unfall** an

K/U

Jahr

von

bis

Arbeitsunfähigkeit in %

--	--	--	--	--



REDUZIERUNG DER ARBEITSAKTIVITÄT NACH EINTRITT DES GESUNDHEITSSCHADENS

5. Wenn der Arbeitnehmer nach Eintritt des Gesundheitsschadens eine leichtere Tätigkeit in Ihrem Unternehmen übernommen hat, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen:

Genauere Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit **nach Eintritt des Gesundheitsschadens**

Welche Aufgaben kann er nicht mehr ausüben?

Seit wann ? (Datum)

Vollzeit
Teilzeit Anstellungssumme : %

Arbeitszeit der versicherten Person **nach Eintritt des Gesundheitsschadens**

Anzahl der Stunden pro Tag Anzahl der Stunden pro Woche Ab (Datum)

Einkommen **nach Eintritt des Gesundheitsschadens**

Bruttoverdienst pro Stunde Bruttoverdienst pro Monat Bruttoverdienst pro Jahr

Bitte legen Sie Kopien der letzten drei Gehaltsabrechnungen nach Eintritt des Gesundheitsschadens bei

Stimmt der gezahlte Lohn mit der tatsächlich geleisteten Arbeit überein ?

ja nein

Wenn nicht, welcher Lohn würde seiner Leistung entsprechen ?

Seit wann Höhe

Beinhaltet der Lohn **einen sozialen Anteil** (aus familiären oder moralischen Gründen)?

ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe ?



Was würde der Versicherte heute ohne Gesundheitsschaden in seiner Tätigkeit verdienen ?

Bruttoverdienst pro Stunde

Bruttoverdienst pro Monat

Bruttoverdienst pro Jahr

--	--	--

6. Bemerkungen

--

Ort und Datum :

Unterschrift :



7. 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 für Ihren Mitarbeiter 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

Welchen körperlichen und geistigen Anforderungen/Belastungen ist/war die Person ausgesetzt?

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

bis ca. ½ h
selten ½ bis ca. 3 h
manchmal 3 bis rund 5¼ h
oft

Körperlich

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

Die täglichen Anforderungen/ Belastungen sind

gross mittel gering

Geistig

Konzentration/Aufmerksamkeit
Durchhaltevermögen
Sorgfalt
Auffassungsvermögen
Weiteres



Andere Anforderungen oder Belastungen:

Bitte geben Sie uns hier weitere berufsspezifische Informationen, die uns ein realistisches Bild der Arbeiten Ihres Mitarbeiters bzw. Ihrer Mitarbeiterin vermitteln können.

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