

## Medizinischer Fragebogen

**Füllen Sie den Fragebogen bitte kurz und präzise aus und  
senden Sie diesen innerhalb von 10 Tagen an den Vertrauensarzt zurück.  
Der Vertrauensarzt kann anhand des Fragebogens Ihre Krankenakte erstellen.**

Name und Vorname	
Nationalregisternummer	
Anfangsdatum der Arbeitsunfähigkeit	..... / ..... / .....

**Dieses Dokument ist VERTRAULICH und nur für den Vertrauensarzt bestimmt.**

### I. IHR GESUNDHEITZUSTAND

Dieser Teil wird es dem Vertrauensarzt ermöglichen, sich ein genaueres Bild Ihrer gesundheitlichen Situation zu verschaffen. Er kann ggf. Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt oder Facharzt nehmen und dann über den geeigneten Zeitpunkt für eine Vorladung entscheiden.

**1. Beschreiben Sie uns kurz Ihren Gesundheitszustand, seine Auswirkungen auf Ihr tägliches Leben, auf Ihre Arbeit und/oder die Eintragung als Arbeitssuchende(r)?**

Bsp.: Ich bin Möbelpacker. Ich kann keine schweren Lasten mehr heben und habe Probleme beim Bücken.

**2. Sind Arzttermine geplant oder vorgesehen?    JA     NEIN**

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, füllen Sie nachstehende Tabelle aus, andernfalls fahren Sie mit der nächsten Frage fort.

Name des Arztes oder Art des Termins	Datum	Freier Text für Bemerkung
Bsp.: Doktor Soundso / Termin beim Orthopäden	Bsp.: 20/12/202x ..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	

**3. Sind Behandlungen oder Eingriffe geplant oder vorgesehen (Operation, Medikamente, Kinesithérapie usw.)?**

**JA     NEIN**

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, füllen Sie nachstehende Tabelle aus, andernfalls fahren Sie mit der nächsten Frage fort.

Behandlungen oder Eingriffe	Datum	Freier Text für Bemerkung
Bsp.: Knieoperation, Schmerzmittel usw.	Bsp.: 23/11/202x ..... / ..... / .....	Bsp.: Ich muss das Medikament 3x/Tag nehmen.
	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	

## II. IHRE FÄHIGKEIT ZUR WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT/ARBEITSSUCHE

Der Vertrauensarzt muss Ihre verbleibenden Fähigkeiten hinsichtlich der Wiederaufnahme der Arbeit oder der Suche nach einem Arbeitsplatz einschätzen. Falls Sie einen Arbeitsvertrag haben, muss der Vertrauensarzt auch mit dem Arbeitsmediziner zusammenarbeiten. Die folgenden Fragen helfen, Ihre Fähigkeiten besser einzuschätzen.

**1. Haben Sie einen Arbeitsvertrag?    JA     NEIN**

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die Fragen 2, 3 und 4. Falls Sie „Nein“ angekreuzt haben, fahren Sie bitte mit Rubrik III fort.

**2. Hatten Sie während der aktuellen Arbeitsunfähigkeit bereits Kontakt mit dem Arbeitsmediziner oder einem Dienst für Gefahrenverhütung?**

JA     NEIN     Es ist vorgesehen

**3. Wählen Sie die Aussage, die am ehesten auf Sie zutrifft:**

- Ich gehe davon aus, dass ich die Arbeit innerhalb der ersten 6 Monate der Arbeitsunfähigkeit wieder vollständig aufnehmen oder mich nicht als Arbeitssuchende(r) eintragen lassen kann.
- Ich gehe davon aus, dass ich die Arbeit innerhalb der ersten 6 Monate der Arbeitsunfähigkeit nicht vollständig aufnehmen oder mich nicht als Arbeitssuchende(r) eintragen lassen kann.
- Ich bin nicht in der Lage, meine Fähigkeiten hinsichtlich einer Wiederaufnahme der Arbeit einzuschätzen.

**4. Wählen Sie die Aussage, die am ehesten auf Sie zutrifft:**

- Ich möchte so bald wie möglich meine Arbeit oder eine andere Arbeit wieder teilweise aufnehmen.
- Ich habe die Arbeit bereits teilweise aufgenommen.

**Sie benötigen die Genehmigung des Vertrauensarztes,  
um während einer Arbeitsunfähigkeit die Arbeit teilweise aufnehmen zu dürfen.**

**Zögern Sie nicht, unsere Mitarbeiter für weitere Auskünfte zu kontaktieren.**

### III. IHRE BERUFLICHE LAUFBAHN

Um die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen und eventuell einen Ihren Fähigkeiten entsprechenden Weg vorzuschlagen, muss der Vertrauensarzt mehr über Ihren beruflichen Werdegang wissen.

**Sie können den nachstehen Teil überspringen, falls Sie uns diese Angaben innerhalb der letzten 12 Monate bereits mitgeteilt haben und keine Änderungen eingetreten sind.  
Bitte datieren und unterzeichnen Sie den Fragebogen auf der letzten Seite.**

#### 1. Ihre berufliche Laufbahn

Vermerken Sie Ihre **Haupttätigkeiten** sowie die **nennenswerten Perioden (Jahre)**, während denen Sie die Berufe ausübten, und ggf. die Perioden von Arbeitslosigkeit.

Perioden	Haupttätigkeit	Name des Arbeitgebers	Anzahl Stunden/Woche	Art des Vertrags (befristet, unbefristet)	Land	Selbstständiger oder Arbeitnehmer
Bsp.: Von 2012 bis 201x Von ..... bis .....	Bsp.: Lebensmittelbereich	Bsp.: FA „Gutes Essen“	Bsp.: 38 St./Woche	Bsp.: unbefristet	Bsp.: Belgien	Bsp.: Arbeitnehmer
Von ..... bis .....						
Von ..... bis .....						
Von ..... bis .....						
Von ..... bis .....						
Von ..... bis .....						
Von ..... bis .....						

#### 2. Ihre Ausbildung/Studium

Geben Sie Ihr höchstes Ausbildungsniveau an sowie das Jahr des Erhalts des Diploms. Geben Sie ebenfalls die Schulungen an, an denen Sie teilgenommen und für die Sie eine Bescheinigung erhalten haben. Falls Sie bereits einem Wiedereingliederungsprogramm gefolgt sind, so teilen Sie uns dies ebenfalls mit.

Das **höchste Diplom**, das ich erhalten haben, ist (Art des Diploms und Berufsfeld):

Bsp.: Master 120 Politikwissenschaften (2012)

An folgenden **Schulungen** habe ich teilgenommen:

Bsp.: Bescheinigung Bürotechnik (2015)

**3. Kreuzen Sie an, welche(n) Führerschein(e) Sie besitzen:**

- A
- B
- C
- CE
- D
- Ich besitze keinen Führerschein.

**Falls Sie dem Vertrauensarzt etwas Besonderes mitteilen möchten, können Sie nachstehenden Rahmen benutzen.** Dies ist jedoch nicht verpflichtend.

VERTRAULICH

#### IV. ZUSÄTZLICHER FRAGEBOGEN FÜR DEN VERTRAUENSARZT

Dieser Teil beinhaltet 15 Fragen, die wir Ihnen nach den Vorgaben des LIKIV stellen müssen. Diese Fragen betreffen Ihren Gesundheitszustand, Ihre berufliche Situation und Ihre seelische Verfassung. Sie müssen lediglich eine Zahl pro Frage umkreisen. **Bestimmte Fragen treffen eventuell nicht auf Ihre Situation zu. Diese müssen Sie selbstverständlich nicht beantworten.**

#### Fragen zur Selbsteinschätzung Ihres Gesundheitszustands sowie Ihrer Fähigkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz

1	<p><b>Wie schätzen Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand ein?</b> (schlecht) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (ausgezeichnet)</p>
2	<p><b>Innerhalb welchen Zeitraums werden Sie Ihrer Meinung nach in der Lage sein, an Ihren Arbeitsplatz zurückzukehren?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Innerhalb weniger Wochen</li> <li><input type="radio"/> Innerhalb weniger Monate</li> <li><input type="radio"/> Innerhalb von sechs Monaten</li> <li><input type="radio"/> Innerhalb eines Jahres</li> <li><input type="radio"/> Später</li> <li><input type="radio"/> Niemals</li> <li><input type="radio"/> Ich weiß es noch nicht</li> </ul>
3	<p><b>Wenn Sie wieder arbeiten könnten, was würden Sie dann machen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ich würde meine bisherige selbständige Tätigkeit wieder aufnehmen</li> <li><input type="radio"/> Ich würde meine frühere selbständige Tätigkeit wieder aufnehmen, aber mit Anpassungen: Anpassung des Arbeitsplatzes, zusätzliche Hilfsmittel, Anstellung eines Mitarbeiters (zusätzlich), ...</li> <li><input type="radio"/> Ich würde nicht wieder als Selbständiger arbeiten, sondern eine Stelle als Angestellter suchen</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges: .....</li> </ul>
4	<p><b>Welche Auswirkungen hat Ihre Arbeitsunfähigkeit auf Ihr Unternehmen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Es gibt keine Auswirkungen. Die Tätigkeiten können in vollem Umfang fortgesetzt werden</li> <li><input type="radio"/> Die Tätigkeiten müssen vollständig unterbrochen werden</li> <li><input type="radio"/> Die Tätigkeiten können teilweise fortgesetzt werden</li> <li><input type="radio"/> Der Betrieb kann weiter laufen, wenn zusätzliche Investitionen getätigt werden (Einstellung von zusätzlichem Personal, ...)</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges: .....</li> </ul>
5	<p><b>Wie schätzen Sie selbst die Auswirkungen auf Ihr Unternehmen ein?</b> .....</p>

#### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, die es dem Vertrauensarzt ermöglichen, Ihre Kapazitäten zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, zu beurteilen

6	<p><b>Haben Sie bei der Arbeit körperliche Schmerzen?</b> (Nie) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Immer)</p> <p>Fakultativ: Wo haben Sie Schmerzen? .....</p>
---	--

7	<b>Stresst Sie Ihre Arbeit?</b> (Nie) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Immer)
8	<b>Bei meiner Arbeit gebe ich 200 %.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)
9	<b>Ich finde es sehr schlimm, wenn ich einen Fehler mache.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)
10	<b>In meinen Leben sind viele unangenehme Dinge passiert, an die ich viel denke.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)

**Fragen dazu, wie Sie sich mit Ihrer Krankheit fühlen**

11	<b>Welches Maß an Besorgnis verspüren Sie in Bezug auf Ihre Krankheit?</b> (gar nicht unsicher) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (sehr unsicher)
12	<b>Hat Ihre Krankheit einen Einfluss auf Ihre Gefühle (sind Sie verängstigt, verärgert, gereizt, panisch oder deprimiert)?</b> (keinen Einfluss) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (sehr großen Einfluss)
13	<b>Ich befürchte, dass meine Symptome sich verschlimmern, wenn ich die Arbeit jetzt wieder aufnehme.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)
14	<b>Wenn ich wieder zurück bin, muss ich hart arbeiten, um meinen Kundenstamm wieder in Ordnung zu bringen.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)
15	<b>(Falls Sie mit Personal arbeiten) Ich mache mir Sorgen um mein Personal, wenn ich zu lange krank bin.</b> (nicht einverstanden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (völlig einverstanden)

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--