

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

A

Zu versichernde Person	Geb-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

## 1. Welche Ausbildung haben Sie?

Lehre
Studium
Fachausbildung
Meister
Sonstige

## 2. Berufsstatus?

<input type="checkbox"/> Selbständiger / freiberuflich	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Befristet angestellt	<input type="checkbox"/> Schüler
<input type="checkbox"/> Unbefristet angestellt	<input type="checkbox"/> Azubi
<input type="checkbox"/> Beamter	

## 3. Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?

--

## 4. Seit wann besteht das Arbeitsverhältnis / Selbständigkeit?

Eintrittsdatum: 

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

## 5. In welcher Branche sind Sie tätig?

--

## 6. Wie hoch war das Bruttoeinkommen bzw. der Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre?

20\_\_ : 

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

 €

20\_\_ : 

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

 €

20\_\_ : 

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

 €

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

B

## 7. Zeitrahmen der beruflichen Tätigkeit

- Vollzeit  
 Teilzeit | Anzahl der Wochenstunden: \_\_\_\_\_

## 8. Besteht eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder bestehen Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von sonstigen Rententrägern z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen?

- Ja      Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
Höhe der mtl. Rente? \_\_\_\_\_
- Nein

## 9. Schildern Sie stichpunktartig Ihren täglichen Arbeitsablauf. Bitte tragen Sie die Tätigkeiten in die Übersicht ein:

	Angabe in Std.

## 10. Üben Sie eine Nebentätigkeit oder einen Nebenerwerb aus?

- Ja      | Welche: \_\_\_\_\_  
 Als Angestellter  
 Als Selbständiger  
% (im Verhältnis zur Haupttätigkeit) \_\_\_\_\_
- Nein

## 11. Wie hoch schätzen Sie Ihre Tätigkeit ein (Angabe in Prozent)?

- Kaufmännische Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %  
 Körperliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %  
 Tätigkeiten am Schreibtisch: \_\_\_\_\_ %  
 Reisende Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %  
 Künstlerische Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %  
 Sonstige Tätigkeit \_\_\_\_\_ %

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

B

**12. Reisen Sie beruflich ins Ausland?**

Ja | Nach (Ort/Land): \_\_\_\_\_  
 Dauer des Aufenthalts: \_\_\_\_\_  
 Wann zuletzt: \_\_\_\_\_  
 Art der Unterbringung: \_\_\_\_\_  
 Welche Tätigkeit üben Sie dort aus: \_\_\_\_\_  
 Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Nein

**13. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit häufig zu?**

Arbeitsort	Arbeitszeit	Sinnesorgane	Sonstige
<input type="checkbox"/> Unfallgefahr	<input type="checkbox"/> Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Tragen von Schusswaffen
<input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen	<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Hörvermögen	
<input type="checkbox"/> Staub, Gas- oder Chemikalienexposition	<input type="checkbox"/> Unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> Stimme	
<input type="checkbox"/> Allergenexposition	<b>Körperliche Belastung</b>	<input type="checkbox"/> Lärmexposition	
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten	<input type="checkbox"/> Ständige Konzentration	
<input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition	<input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung	<input type="checkbox"/> Psychische Beanspruchung	
<input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen	<input type="checkbox"/> Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/> Riechvermögen	
<input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen	<input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/> Tastvermögen	
	<input type="checkbox"/> Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen	

**14. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im kaufmännischen Bereich unterstellt (bei leitenden Personen)?**

Anzahl Vollbeschäftigte: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Teilzeitbeschäftigte: \_\_\_\_\_

**15. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im handwerklichen/praktischen Bereich unterstellt?**

Anzahl Vollbeschäftigte: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Teilzeitbeschäftigte: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person