

Antrag für das Seminar "Präventionsseminar für Beschäftigte in der Schichtarbeit"

Sehr geehrte Versicherte / sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

gewünschter Teilnahmezeitraum:

alternativ:

1 Angaben zur Person

| | |
|---|------------------------------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers | |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Wohnort |
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | E-Mail (Angabe erforderlich) |

2 Krankenkasse

| |
|------|
| Name |
|------|

3 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

| | |
|--|----------------------------|
| IBAN (International Bank Account Number) D E | BIC (Bank Identifier Code) |
| Geldinstitut (Name, Ort) | |
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber | |

4 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

| | | |
|---|-------------|------|
| Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig? von - bis | Ja wegen | Nein |
| | | |
| | | |
| | | |

5 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren

| | |
|--|------------------------------------|
| Andauernde Schlafstörungen | Nikotinkonsum |
| Luftnot bei körperlicher Belastung | Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch |
| Häufige Rückenschmerzen | Häufiger Alkoholkonsum |
| Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen | Angstzustände / Depression |
| Übergewicht | Konzentrationsstörungen |
| Sonstige (bitte nachfolgend erläutern) | |
| Belastungsfaktoren beruflich aus dem privaten Umfeld | |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? | |

6 ärztliche Behandlungen (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

| | | |
|---|--|------------|
| Bei welchen Ärzten/Ärztinnen waren Sie in den letzten 12 Monaten in | | |
| Behandlung? Name, Vorname und Anschrift, Fachrichtung | | Erkrankung |
| | | |
| | | |

7 Angaben zum Arbeitsplatz

| | | |
|---|------------------|-------------------|
| Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin | beschäftigt seit | Beschäftigungsort |
| genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer/in - nicht Kraftfahrer/in, Intensivpfleger/in - nicht Krankenpfleger/in) - ausgeübt von - bis | | |

8 Arbeitsplatzprofil

| Allgemeine Bedingungen | ständig | überwiegend | zeitweise | für mich problematisch |
|--|---------|-------------|-----------|------------------------|
| Sitzen | | | | |
| Gehen | | | | |
| Stehen | | | | |
| Heben / Tragen (ohne Hilfsmittel) | | | | |
| Unter 10 kg | | | | |
| Über 10 kg | | | | |
| Tiefes Bücken | | | | |
| Zwangshaltung der Wirbelsäule | | | | |
| Überkopfarbeit | | | | |
| Kraftvolles Ziehen / Schieben / Greifen | | | | |
| Hohe Anforderung an Feinarbeit | | | | |
| Steigen / Hocken / Knien | | | | |
| Witterung / Hitze / Lärm | | | | |
| Atemwegsbelastung | | | | |
| Hautbelastung | | | | |
| Erschütterung / Vibration | | | | |
| Arbeitsorganisation | | | | |
| Hohe Verantwortung | | | | |
| Personalverantwortung | | | | |
| Zeit / Termindruck | | | | |
| Umgang mit emotional belastenden Situationen | | | | |
| Fehlende soziale Unterstützung | | | | |
| Bildschirmarbeit | | | | |
| Geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung | | | | |
| Komplexe Aufgaben | | | | |
| Teamarbeit | | | | |
| Publikumsverkehr | | | | |

| Arbeitszeit | Stunden/ Tag | Stunden / Woche | | |
|--|--------------|-----------------|--|--|
| Akkordarbeit | | | | |
| Mehrschicht / Wechselschicht | | | | |
| Dauernachtschicht | | | | |
| Häufige Überstunden | | | | |
| Berufskraftfahrten | | | | |
| Pkw, Lkw, sonstige Fahrzeuge | | | | |
| Personenbeförderung | | | | |
| Welche weiteren Umstände Ihrer beruflichen Tätigkeit belasten Sie gegenwärtig? | | | | |

9 Welche Ziele wollen Sie mit der Präventionsleistung erreichen?

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der körperlichen Verfassung | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Schlafhygiene |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung | |
| <input type="checkbox"/> Erlernen von Stressbewältigung | |
| <input type="checkbox"/> Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alltagsdrogen (Tabak, Alkohol) | |
| Ergänzungen: | |

10 Angaben des Betriebsarztes / der Betriebsärztin

| | | |
|--|-----------------------------|---------|
| Name / Anschrift des Betriebsarztes / der Betriebsärztin | | Telefon |
| Name / Anschrift des Hausarztes / der Hausärztin (falls Befundübersendung gewünscht) | | |
| Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Falls ja, wegen: | | |
| <p>Ich bin damit einverstanden, dass sich die VBG und / oder der Arzt / die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / der Betriebsärztin oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt und entbinde diese Stellen diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht(diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).</p> <p>Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mein Betriebsarzt / meine Betriebsärztin sowie mein Hausarzt / meine Hausärztin (Nichtzutreffendes bitte streichen) eine Ausfertigung der Entlassungsdokumentation erhält.</p> | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Ort, Datum

Unterschrift