

Fragebogen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Von dem Soldat beziehungsweise von der Soldatin auszufüllen

1 Nachname	Vorname	
Dienstgrad	Personenkennziffer	Personalnummer

2 Status

Berufssoldat/Berufssoldatin
 Soldat/Soldatin auf Zeit
 Freiwilligen-Wehrdienstverhältnis
 Reservewehrdienstverhältnis
 Wehrdienstverhältnis besonderer Art

3 Eintritt in die Bundeswehr (Datum)	Festgesetzte Wehrdienstzeit	Ablauf der Dienstzeit (Datum)
	Jahre Monate	

4 Einheit/Dienststelle und Standort	Telefon	E-Mail
--	---------	--------

5 Heimatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
Aktuelle Adresse (falls abweichend von Heimatadresse)

6 Schulbildung	Abschluss:	Ja	Nein
Schulbildung	Abschluss:	Ja	Nein

7 Berufsausbildung	Abschluss:	Ja	Nein
Berufsausbildung	Abschluss:	Ja	Nein

8 Berufliche Tätigkeit vor dem Eintritt in die Bundeswehr

vom (Datum)	bis (Datum)	als (Berufsbezeichnung)
	-	
vom (Datum)	bis (Datum)	als (Berufsbezeichnung)
	-	

9 Waren Sie vor Eintritt in die Bundeswehr arbeitslos?

Nein Ja

überwiegend ausgeübte Tätigkeit

10 Wünsche für die berufliche Ausbildung oder Weiterbildung

11 Wurde die Gesundheitsschädigung von Dritten oder von Bundeswehrangehörigen verursacht?

Nein Ja (Name, Vorname, Anschrift)

12 Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung einer WDB gestellt?

Nein Ja

Wurde über eine WDB bereits entschieden?

Nein Ja (Datum des Bescheides) _____

13 Ist eine Schwerbehinderung beziehungsweise Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen **anerkannt**?

Nein Ja

Hinweis: Sollte bereits ein anerkannter Grad der Behinderung (GDB) von 50 oder eine Gleichstellung vorliegen, wird die zuständige Schwerbehindertenvertretung beteiligt.

Ist eine Schwerbehinderung beziehungsweise Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen **beantragt** oder sind Sie von einer Behinderung **bedroht**?

Nein Ja

14 Gehörten Sie vor Eintritt in die Bundeswehr einer gesetzlichen Rentenversicherung an?

Nein Ja

Sofern bekannt (Name der Rentenversicherung)

15 Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten verarbeitet und auch an die am weiteren Verfahren der beruflichen Rehabilitation beteiligten Stellen übermittelt werden. Gleichzeitig erteile ich dem Karrierecenter der Bundeswehr- Berufsförderungsdienst die Genehmigung zur Einsichtnahme in die mit meiner Gesundheitsschädigung zusammenhängenden Unterlagen und zur Teilnahme an Beratungen durch Rehabilitationsträger. Die an meiner Behandlung beteiligte Ärzte und Psychologen entbinde ich von der ärztlich Schweigepflicht gegenüber den am Verfahren beteiligten Stellen.

Datum

Unterschrift des Soldaten/der Soldatin (Nachname, Vorname)

Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Angaben zu meiner Festnetznummer und beziehungsweise oder Mobilfunknummer und beziehungsweise oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Erreichbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung der damit einhergehenden Maßnahmen ein. Diese Angaben dürfen von allen im Berufsförderungsdienst beteiligten Stellen genutzt werden.

Nein Ja

Datum

Unterschrift des Soldaten/der Soldatin (Nachname, Vorname)

Eine Verweigerung der Einwilligung beziehungsweise das Unterlassen der Bekanntgabe dieser Daten hat keinen nachteiligen Einfluss auf das Verfahren. Eine Erreichbarkeit über die postalische Adresse ist gegeben: bei Verweigerung der Einwilligung wird auf diese zurückgegriffen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst (Straße, Postleitzahl, Ort)

16 Bitte unverzüglich an das Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst

(Straße, Postleitzahl, Ort)

weiterleiten!

Vom Berufsförderungsdienst auszufüllen

17 Existierte ein nachweisbar angestrebtes Eingliederungsziel vor Eintritt der Gesundheitsschädigung?

Nein Ja, mit dem Eingliederungsziel _____

18 Anforderungs- und Tätigkeitsprofil für Tätigkeit(en) Zeilen 10 und 17

19 Datum, Unterschrift des Berufsförderungsdienstes

Bitte unverzüglich an den behandelnden Arzt beziehungsweise Ärztin weiterleiten!

**Vom behandelnden Arzt auszufüllen beziehungsweise
von der behandelnden Ärztin auszufüllen**

20 Art der Gesundheitsschädigung

Stempel des Krankenhauses/
der SanEinrichtung der Bundeswehr

21 Ist eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anzunehmen?

Nein Ja

Ist ein WDB-Blatt angelegt worden?

Nein Ja

22 Könnte eine Wehrdienstunfähigkeit eintreten?

Nein Ja

23 Ist eine bleibende Gesundheitsschädigung zu erwarten?

Nein Ja

Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung
die Ausübung des erlernten Berufs (Zeile 7)?

Nein Ja

Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung
die Ausübung der früheren Tätigkeit (Zeile 8 und 9)?

Nein Ja

Beeinträchtigt die voraussichtlich zu erwartende, bleibende Gesundheitsschädigung das zum Zeitpunkt
des Eintritts der Gesundheitsschädigung nachweisbar angestrebte Eingliederungsziel (Zeile 17)?

Nein Ja

24 Bestehen ärztliche Bedenken gegen die Berufswünsche (Zeilen 10 und 17)

(nur falls Berufswünsche in Zeilen 10 oder 17 eingetragen wurden)

Nein Ja, folgende _____

25 Sind weitere medizinische Maßnahmen vorgesehen?

Nein Ja, voraussichtlich ab _____

26 Wann ist die medizinische Rehabilitation voraussichtlich abgeschlossen? _____

27 Können nach dem derzeitigen Gesundheitszustand berufsfördernde Maßnahmen begonnen werden?

Nein Ja, voraussichtlich ab _____

28 Ist eine Verlegung zur Durchführung der Heilbehandlung erforderlich?

Nein Ja, nach _____

29 Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

30 Bitte unverzüglich an das Karrierecenter der Bundeswehr-Berufsförderungsdienst

(Straße, Postleitzahl, Ort)

weiterleiten!

31 Reha-Bearbeiter – Vermerk über weiteres Vorgehen
