

Tätigkeitsbeschreibung

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

| | |
|--|--|
| 1. Welchen Beruf üben Sie aus ? | |
| 2. Sind Sie | <input type="checkbox"/> in einem Angestelltenverhältnis, <input type="checkbox"/> in einem auf Zeit begrenzten Angestelltenverhältnis, <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> oder auf freiberuflicher Basis tätig? |
| 3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert? | |
| 4. In welcher Branche sind Sie tätig? | |
| 5. Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit. | |
| 6. Bitte schildern Sie den Ablauf eines durchschnittlichen Arbeitstages (inkl. Arbeitsbeginn, Pausen, Arbeitsende, zeitlichem Umfang der jeweiligen beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten). Hierbei ist es wichtig, dass ein Aussenstehender nachvollziehen kann, welche Aufgaben und Tätigkeiten von Ihnen ausgeübt werden, in welchem Umfang und in welcher Häufigkeit. | |
| 7. Üben Sie Ihre Tätigkeit auch im Ausland aus? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit: |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| 8. Bitte geben Sie Details Ihres beruflichen Werdeganges bekannt: | | | | | |
| 9. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein? | Künstlerische Tätigkeit _____% Kaufmännische Tätigkeit _____% Handwerkliche Tätigkeit _____% | | | | |
| 10. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welchen?: | | | | |
| 11. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu? | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Arbeitsort <input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen </td> <td style="vertical-align: top;"> Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Körperliche Belastung <input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten </td> <td style="vertical-align: top;"> Sinnesorgane <input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen </td> </tr> </table> | Arbeitsort <input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen | Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten | Körperliche Belastung <input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten | Sinnesorgane <input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen |
| Arbeitsort <input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen | Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten | | | | |
| Körperliche Belastung <input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten | Sinnesorgane <input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen | | | | |
| 12. Welche berufliche Funktion üben Sie aus? | | | | | |
| 13. Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie? | | | | | |
| 14. Welche Freizeitaktivitäten betreiben Sie in welcher Form? | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,
auch die des gesetzlichen Vertreters