

Fragebogen Interessenten

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst umfassend und vollständig aus und schicken Sie ihn an uns zurück. Ihre Antworten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und werden von uns vertraulich behandelt.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Geburtsort: _____

_____ Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: _____ Bei ausländischer Staatsbürgerschaft liegt eine
Arbeitserlaubnis vor: Ja Nein

E-Mail Adresse: _____

Kundennummer (Agentur für Arbeit): _____

Sozialversicherungsnummer: _____

- 1.) Derzeitige Wohnsituation: eigener Haushalt
 bei den Eltern lebend
 sonstiges: _____
- 2.) Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
- 3.) Ehepartner/Angehörige/Bezugsperson:
Name: _____ Alter: _____
Anschrift: _____ Beruf: _____

- 4.) Kinder Ja Anzahl: _____ Nein
- 5.) Sind Sie schwerbehindert? Ja Grad der Behinderung _____% Nein

Aufgrund welcher Behinderungsart wurde Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis gestellt?

_____ gültig bis: _____

6.) Wurde für Sie nach dem Betreuungsrecht ein/e Betreuer/in bestellt?

Ja Nein

Name und Anschrift des Betreuers: _____

Wenn Ja: welcher Aufgabenkreis wurde Ihrem Betreuer zugewiesen?

7.) Beziehen Sie derzeit

Arbeitslosengeld

Sozialhilfe

Arbeitslosenhilfe

Rente

Übergangsgeld

Sonstiges, nämlich _____

8.) Anschrift der Krankenkasse: _____

9.) Ärztliche Behandlung

9.a) Behandelnder Nervenarzt

Name: _____

Seit wann sind Sie in nerven-

Anschrift: _____

ärztlicher Behandlung?

9.b) Waren Sie auch bei Ihrem Hausarzt wegen psychischer Probleme in Behandlung?

Ja, wann erstmals Nein

10.) Welche Krankheitsdiagnose wurde bei Ihnen gestellt?

11.a) Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente/Depot-Spritzen ein?

(bitte auch Dosis/Zeitabstand angeben)

Ja

(falls ja) welche? _____

Nein

15.) Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

16.) Berufsausbildung/Studium/Fortbildung:
Bitte geben Sie nachstehend an:

a) Welche Berufsausbildung haben Sie?	b) von bis	c) Wo?	d) Erreichter Abschluss oder Gründe für Abbruch

Ich habe keine Berufsausbildung begonnen, weil _____

17.) Haben Sie an einer Umschulungsmaßnahme oder Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahme teilgenommen?

Ja

Nein

wenn ja, was: _____

wo: _____

von/bis: _____

Abschluss: _____

- 18.) **Arbeitsverhältnisse:**
 Bitte führen Sie nachstehend Ihre bisherigen Arbeitsverhältnisse auf.
 Bitte geben Sie auch dann Arbeitsverhältnisse an, wenn diese nur einige Tage bestanden!
 Bitte auch Wehr- und Zivildienstzeiten angeben.

a) Arbeitsgeber	b) Art der Tätigkeit	c) von ... bis ...	d) Gründe für Ausscheiden

Falls der Platz für Angaben nicht reicht, benützen Sie bitte jeweils die Rückseiten des Fragebogens für weitere Angaben!

- 19.) Wer hat Ihnen zu einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme im BTZ Straubing geraten?

- 19.a) Haben Sie an einem Info-Besuch im BTZ Straubing teilgenommen?

Ja Nein

20.) Beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Probleme und Beschwerden im **beruflichen Bereich**:

geringe Belastbarkeit

Konzentrationsstörungen

Merkfähigkeitsstörungen

Probleme im sozialen Kontakt

verlangsamtes Arbeitstempo

geringe Selbstsicherheit

körperliche Einschränkungen

sonstiges/was? _____

21.) Wie viel Stunden pro Tag fühlen Sie sich derzeit beruflich belastbar?

4 Std.

6 Std.

8 Std.

22.) Beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Probleme im gesundheitlichen/familiären/privaten Bereich:

23.) Welche Hilfestellung erwarten Sie sich hierbei?

24.) Haben Sie früher schon mal an Einzelgesprächen, psychologischen Gesprächsgruppen oder anderen therapeutischen Maßnahmen teilgenommen, wenn ja, schildern Sie kurz Ihre Erfahrungen:

25.) Was löst bei Ihnen Ängste und Unsicherheiten im Hinblick auf die Maßnahme aus?

26.) Welche Trainingsbereiche im BTZ Straubing interessieren Sie?

- Wirtschaft und Verwaltung (Kaufmännische Berufe)
- Handel und Logistik
- IT-Reparatur u. Service / Programmierung
- Küche
- Cafeteria
- Wäscherei und Hotelbetrieb
- Handwerk
- andere berufliche Interessen (Floristik, Gärtner, Maler usw.)
welche? _____

27.) Welche Berufe bzw. welche Berufsrichtung streben Sie an?

28.) Welches Ziel streben Sie mit der Reha-Maßnahme im BTZ Straubing an?

- zurück in meinen erlernten Beruf
- Vorbereitung auf eine Umschulung
- Vorbereitung auf eine Ausbildung
- Tätigkeit auf Helferebene
- ich weiß es noch nicht, ich möchte mich in verschiedenen Berufsfeldern ausprobieren
- Sonstiges _____

29.) Haben Sie bereits einen Antrag auf Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gestellt?
Falls ja, wo und wann? _____

Ort / Datum

Unterschrift