

Gültigkeit/Verteiler:

x													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

ELA-Arbeitsplatzbeschreibung:

Name Pat.:				Arzt:		Datum:	
Pat.Nr.:			Therapeut:				Zimmernr.:
AF: ☐	AU: ☐	seit:	ALO: ☐	seit:	Alter des Patienten:		
Zusatzinfos (z.B. AU letzte 12 Mon.....):							

Gelernter Beruf:

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Beschreibung der Arbeitsplatzanforderungen/Tätigkeitsbeschreibung:

VZ: ☐	h/Wo.:		TZ: ☐	h/Wo.:	
Arbeitszeit Zusatzinfo: (Schichtarbeit; Kurz-, Langtage etc.)					
Ist die Arbeit eher körperlich ☐ , geistig ☐ , emotional ☐ belastend? Gemischt ☐ ?					
Beschreibung der Arbeitskleidung (Dienstkleidung; Sicherheits-, Schutzkleidung etc.)					

Arbeitsverteilung in %:	Stehen/Gehen: ca. %	Sitzen: ca. %		
Arbeitsverteilung Zusatzinfos (Streckenlänge; Art des Untergrundes, Art des Stuhls/Tisch...):				
Bewältigung von Lasten:	Heben Ø: kg	Heben max.: kg		
	Tragen Ø: m	Tragen max.: m		
Heben/Tragen Zusatzinfos (Streckenlänge, Art des Gegenstandes, Ein-, Zweihändig...):				
Steigen: Treppe, Leiter, Führerhaus u.a.:		ja: ☐ nein: ☐ Beschreibung:		
		mit Last: ja: ☐ nein: ☐		ca. Gewicht: kg
Ziehen/Drücken/Schieben: ja: ☐ nein: ☐ Gewicht ca.: Häufigkeit ca.:				
Hilfsmittel Z/D/S:				

Knien/Hocken/Kriechen: ja: ☐ nein: ☐ Beschreibung:

Häufigkeit ca.:	Dauer ca.:	
-----------------	------------	--

Überkopfarbeit: ja: ☐ nein: ☐ max. Höhe ca.: cm Dauer ca.: min. Häufigkeit ca.:

x

mit Werkzeug/Gewicht o.ä.: ja: ☐ nein: ☐ Was:

Gültigkeit/Verteiler:

x													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Beschreibung von Hilfsmitteln am AP (Stapler, Ameise, Stehhilfe, höhenverst. Schreibtisch etc.):

bes. Zwangshaltungen: ja: ☐ nein: ☐ Welche:

bes. Anforderungen ans Gleichgewicht: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

bes. Anforderung an die Sehkraft: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

bes. Anforderung an das Hörvermögen: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

bes. Klimatische Anforderungen: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

bes. Lärmbelastungen: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

Feinmot. Handkoordination: ja: ☐ nein: ☐ Begründung:

permanent ☐ phasenweise ☐ ca. Dauer/h:

Fragen zu psycho-emotionalen Belastungen am AP:

	Stimmt	teilweise	Stimmt nicht
Mir macht meine Arbeit Spaß und sie füllt mich aus!	☐	☐	☐
Ich komme gut mit meinen Vorgesetzten aus!	☐	☐	☐
Ich habe einen abwechslungsreichen, interessanten Beruf!	☐	☐	☐
Nach der Arbeit habe ich noch Kraft für die Familie und Hobbys!	☐	☐	☐
Die psychischen Anforderungen im Beruf sind kein Problem!	☐	☐	☐
Mit dem Verhältnis zu den Arbeitskollegen bin ich zufrieden!	☐	☐	☐
Das Betriebsklima ist im allgemeinen gut!	☐	☐	☐
Ich kann mich gut auf die Arbeitsabläufe/-inhalte konzentrieren!	☐	☐	☐
Ich sehe der Zukunft positiv entgegen!	☐	☐	☐

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leitungsfähigkeit in Prozent ein?

____%

Wenn Sie an die Arbeit denken, welche Anforderungen trauen Sie sich derzeit in keinsten Weise zu?

Sind diese Überforderungen eher im körperlichen, zwischenmenschlichen, kognitiven oder emotionalen Bereich zu finden?

Gültigkeit/Verteiler:

X													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Glauben Sie, dass Sie die letzte Tätigkeit in Zukunft weiter/wieder ausüben können? Ja ☐ Nein ☐
Begründung:

Welche Veränderungen am AP/Arbeitsumfeld sind erforderlich um AF zu bleiben bzw. zu werden?

Welches Ziel haben Sie konkret für die Arbeit bzw. die Arbeitsfähigkeit?

Ziele für den Patienten aus ELA-Sicht:

Offenen Fragen/Feststellungen:

Besonderheiten/Widersprüche/Barrieren/Förderaspekte aus dem Gespräch:

Vegetative Zeichen während des Interviews (Schwitzen, Rötung, Atmung...):