

Eigenbericht zur beruflichen Situation

Name Vorname.....

Geburtsdatum.....

Geburtsort.....

Familienstand.....

Kinder.....

Beruf.....

Adresse.....

.....

.....

Telefon..... bzw. Handy.....

Diagnose/Befund?.....

.....

.....

Letzte Tätigkeit vor der Aufnahme?

.....

.....

Wie viele Stunden pro Woche?.....

() halbtags

() ganztags

Qualifikationen?.....

Erreichte / abgebrochene Schulabschlüsse?.....

.....

Berufsausbildung?

von..... bis Abschluss ja/nein

von bis Abschluss ja/nein

von bis Abschluss ja/nein

weitere:

Sonstige Qualifikationen?.....

.....
.....

Interessen/Neigungen/Hobbys?

Was gibt Ihnen Kraft? Was macht Ihnen Freude?

.....
.....
.....

Nennen Sie bitte fünf typische Eigenschaften von Ihnen?

.....
.....
.....

Wie leistungsorientiert sind Sie im Beruf?

- wenig
- mittel
- hoch
- sehr hoch

Sind Sie aktuell in der Lage, Ihre erworbenen beruflichen Qualifikationen einzusetzen?

Zu wie viel %?

.....
.....

Berufliche Tätigkeiten?

Art der Tätigkeit	Ort/Firma	von bis
-------------------	-----------	---------

.....
.....
.....

Berufe der Eltern und Geschwister?

Beruf des Vaters.....

Beruf der Mutter.....

Beruf des/der.....

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass psychische Krisen/Probleme mit bestimmten beruflichen Belastungen und Ereignissen zusammenhängen?

- nein
- ja, mit folgenden Belastungen/Ergebnissen

.....

.....

Wurde das Berufsfeld gewechselt?

- nein
- einmal
- mehrmals

Erklärung.....

.....

.....

Beziehen Sie Erwerbsunfähigkeitsrente? Haben Sie einen Antrag auf Reha/Rente gestellt?

.....

.....

Seit wann sind Sie psychisch erkrankt?

.....

Jahr der ersten fachärztlichen oder stationären Behandlung?

.....

Name und Zeitpunkt der letzten Behandlungsstelle (stationär/ambulant)?

.....

.....

Behandelnde/r Ärztin/Arzt?

.....

Begleitende Dienste? SPDI, IFD, AKL, Imbus, Selbsthilfegruppe.....

.....

.....

.....

Blatt 4

Wohnform?

() Privatwohnung mit Familie

() Privatwohnung allein

() Wohnung bei Eltern

() Sonstiges.....

Welche Beschwerden/Beeinträchtigungen/Probleme haben Sie?

Beruf:.....

Alltag:.....

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? Nebenwirkungen?

Sonstige Beeinträchtigungen, z. B. Körperbehinderungen (in %), Allergien, Anfallsleiden
o. ä.?

Gibt es Fernziele?

Was möchten Sie durch die Arbeitstherapie hier erreichen? Welche Ziele haben Sie sich
gesetzt?.....

Was können Sie dazu beitragen?

Wie können wir Sie dabei unterstützen?

Datum, Unterschrift