



Name der versicherten Person	VSNR	Aktenzeichen
------------------------------	------	--------------

**Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung
bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)
(zum Antrag vom)
FÜR GEWERBETREIBENDE UND NEUE SELBSTÄNDIGE**

Die Fragen betreffen immer nur **eine selbständige** Erwerbstätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten (Punkt 5.1.2).

Falls Sie mehrere unterschiedliche selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie für jede Tätigkeit ein separates Formblatt aus.

5.1 Fragen zur Betriebsstruktur

5.1.1	Welche selbständige Tätigkeit haben Sie ausgeübt und welche Ausübungsberechtigungen haben Sie dafür benötigt?
-------	---

5.1.2 Nur bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

		ja	nein
5.1.2.1	<p>Wurden diese im Rahmen eines einheitlichen Unternehmens in einer wirtschaftlichen Einheit (z.B. Handwerk und Handel) ausgeübt?</p> <p>Wenn ja: Welcher Ihrer Tätigkeiten kam die maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zu (gemessen am Umsatz, Arbeitsaufwand etc.)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.2.2	<p>Wurden diese im Rahmen mehrerer getrennter Betriebe ausgeübt?</p> <p>Wenn ja: Welcher dieser Betriebe erbrachte für sich allein genommen kein existenzsicherndes Einkommen? (Bitte begründen!)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.2.3	<p>Haben die Tätigkeiten, denen keine maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zugekommen ist, jeweils für sich genommen, im Durchschnitt</p> <p><input type="checkbox"/> unter 10 Prozent <input type="checkbox"/> zwischen 10 u. 20 Prozent <input type="checkbox"/> über 20 Prozent des Gesamtumsatzes ausgemacht?</p> <p>Wenn ja, welche?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktenzeichen

5.1.3 Wie viele Dienstnehmer, Familienangehörige bzw. Mitunternehmer sind (waren) im Unternehmen beschäftigt?

keine Anzahl:
 hiervon Vollzeit , Teilzeit ; als Arbeiter , als Angestellte

Veränderungen (in den letzten fünf Jahren)

Anzahl der Mitarbeiter	Arbeiter/Angestellte	vor 5 Jahren	vor 3 Jahren	zuletzt

5.1.3.1	Bitte beschreiben Sie die Stellung und Aufgaben der Mitarbeiter
5.1.3.2	Können Ihre Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, auch von Mitarbeitern in Ihrem Betrieb ganz oder teilweise auf Dauer oder vorübergehend übernommen werden?
5.1.3.3	Welche Gründe sprechen dagegen, dass die von Ihnen ausgeführten, belastenden Tätigkeiten ganz oder teilweise den im Betrieb mittätigen Personen übertragen werden?
5.1.3.4	Können Sie die belastenden Tätigkeiten einem neuen Dienstnehmer übertragen?
5.1.4	Welche Betriebsmittel wurden im Wesentlichen verwendet? (Angaben über die räumliche und maschinelle Betriebsausstattung, die Anzahl und Art der Fahrzeuge und dgl. mehr)
5.1.5	Hat sich die Betriebsstruktur in den vergangenen fünf Jahren verändert? Wenn ja, nähere Angaben (z.B. Umsatz, Anzahl der Betriebsstätten):
ja – nein	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Zeitangabe	Art der Änderung

		ja – nein
5.1.6	Beabsichtigen Sie, die selbständige(n) Erwerbstätigkeit(en) weiter auszuüben? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.6.1	Sind Einschränkungen geplant? Wenn ja: In welcher Form?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.6.2	Wurden Einschränkungen bereits durchgeführt? Wenn ja: In welcher Form?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.7	Wie hoch war die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit vor Auftreten Ihrer gesundheitlichen Probleme?	
5.1.8	Wie hoch ist derzeit Ihre durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden pro Tag – Tage pro Woche)	
5.1.9	Welche Tätigkeiten (Art und Dauer) haben Sie im Unternehmen selbst ausgeführt? a) Körperlich stark belastende Arbeiten: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Unternehmensleitung, insbesondere Kontroll- und Aufsichtsfunktion: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Sonstige manuelle Tätigkeiten: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.10	Welche Tätigkeiten können aufgrund Ihrer Beschwerden aus Ihrer Sicht nicht mehr ausgeführt werden? Bitte führen Sie konkrete Tätigkeiten an.	
5.1.11	Haben Sie Vorschläge, wie durch Modernisierung der Betriebsausstattung, Anschaffung von Hilfsmitteln/Maschinen/Geräten (Transportgeräten, Hebeeinrichtungen) die berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen aufrechterhalten werden kann?	
5.1.12	Gibt es andere Maßnahmen, durch die Sie sich noch von den belastenden Tätigkeiten entbinden können? (wie zum Beispiel Ausbildung, Weiterbildung, ...)	
5.1.13	Wie hoch war Ihr durchschnittlicher jährlicher Gewinn vor Steuern in den letzten drei Jahren?	

5.2 Fragen zur Einschätzung der Belastung

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben im jeweiligen Kästchen an und beantworten Sie die Zusatzfragen.

Meine selbständige(n) Tätigkeit(en) als

übte ich von (Monat und Jahr) bis aus.

Die Verrichtungen erfolgten:

- | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| im Gehen | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| im Stehen | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| im Sitzen | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Bücken | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| in vorgeneigter Haltung | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| in Schulterhöhe | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| über Schulterhöhe | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Knien/Hocken | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg) | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg) | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg) | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| mit Zwangshaltungen (Überkopparbeit, auf Knien etc.) | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| mit erhöhter Verletzungsgefahr
(Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.) | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen..... | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? | | | |
| mit besonderer Fingerfertigkeit | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit erhöhter Konzentration | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| unter besonderem Zeitdruck..... | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |

Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen bisher nicht gefragt wurde (z. B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)? ja nein

Wenn ja, welche?

..... Datum

..... Unterschriftl