

Arbeitsplatzbeschreibung

(vom Arbeitgeber oder Betriebsarzt und von der Versicherten/vom Versicherten auszufüllen)

Sie haben uns um die Übernahme der Kosten für eine Hörhilfe gebeten. Um über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir eine ausführliche Arbeitsplatzbeschreibung sowie Angaben über Ihren beruflichen Werdegang. Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen gemeinsam mit Ihrem Betriebsarzt bzw. Arbeitgeber zu beantworten:

Datum: _____

Versicherungsnummer	
Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift	

1. Welche Erwerbstätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Beschreibung)

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Arbeitsplatz:

Wesentliche auszuübende Tätigkeiten:	
Wahrnehmung akustischer Signale:	Art und Dauer des Signals: Richtung, aus der das Signal kommt: <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> seitlich Lautstärke des Signals: ___ db SPL oder <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> mittellaut <input type="checkbox"/> laut
Äußere Einflüsse (insbesondere Lärm, Geräusche):	Art und Dauer des Störgeräuschs: Richtung, aus der das Störgeräusch kommt: <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> seitlich Lautstärke des Störgeräuschs: ___ db SPL oder <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> mittellaut <input type="checkbox"/> laut
Falls eine Kommunikation am Arbeitsplatz notwendig ist:	Wie groß ist die Entfernung zum Gesprächspartner? _____ Ist die Benutzung von Telefonen erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> mobil
Wie sind die hygienischen Bedingungen am Arbeitsplatz (Staub, Feuchtigkeit, Temperatur usw.)?	
Benutzung von Fahrzeugen (Kfz, Gabelstapler usw.):	
Bedienen von Maschinen:	
Belastungen am Arbeitsplatz, erschwerte Arbeitsbedingungen (Tragen eines Schutzhelms usw.):	
Ergänzende Beschreibungen und besondere Hinweise für den Rentenversicherungsträger:	

2. Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus?

3. Wird diese Tätigkeit mindestens noch in den nächsten sechs Monaten ausgeübt?

Nein Ja

**4. Welche Tätigkeiten an Ihrem Arbeitsplatz stellen besondere Anforderungen an Ihr Hörvermögen?
Geben Sie jeweils den zeitlichen Umfang an (ggf. Beiblatt benutzen)!**

Tragen Sie am Arbeitsplatz einen Gehörschutz? Ohrstöpsel / individueller Gehörschutz Kapselgehörschutz

5. Sind Sie bereits im Besitz eines Hörgerätes?

Nein Ja

Falls ja, seit wann sind Sie versorgt?

6. Falls Sie bereits ein Hörgerät besitzen, erläutern Sie bitte, warum es für Ihre Tätigkeiten am Arbeitsplatz nicht mehr ausreicht und ein qualitativ höherwertiges Gerät erforderlich ist!

7. Beschreiben Sie evtl. bestehende Verletzungs- und Gefahrenrisiken an Ihrem Arbeitsplatz!

8. Bestehen aufgrund der Hörbehinderung innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten auf einen anderen Arbeitsplatz?

Nein Ja

9. Erhalten Sie aufgrund der Hörbehinderung Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern?

Nein Ja

Wenn ja, von wem? Geben Sie bitte Art und Höhe der Leistung an!

**10. Wer steht bei Rückfragen von Seiten Ihres Arbeitgebers als Ansprechpartner zur Verfügung?
Geben Sie bitte Name und Telefonnummer an!**

Datum, Unterschrift
der Antragstellerin / des Antragstellers

Datum und Unterschrift
des Betriebsarztes bzw. Arbeitgebers,
Stempel des Betriebes