



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Antrag auf

## FESTSTELLUNG DER INVALIDITÄT / BERUFSUNFÄHIGKEIT

# GILT NICHT ALS PENSIONSANTRAG

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

### 1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN / DER VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Familienname: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit: .....

- Personenstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft lebend  hinterbliebene eingetragene Partnerin  
 hinterbliebener eingetragener Partner  aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): .....

Datum des Todes des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en): .....

Adresse: .....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

.....  
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) E-Mail



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.pensionsversicherung.at](http://www.pensionsversicherung.at).

## Information für Antragsteller / Antragstellerinnen

**Füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben kann zu Erhebungen und Rückfragen führen und verzögert somit das Feststellungsverfahren.**

Alle Dokumente sind im Original, Fotokopie oder beglaubigter Abschrift beizubringen.  
Die Vorlage ist **nicht erforderlich**, wenn die Dokumente **bereits** in einem früheren Verfahren **vorgelegt** wurden.

**! Gemäß § 110 ASVG werden sämtliche Dokumente, Vollmachten u. dgl. für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden g e b ü h r e n f r e i ausgestellt. !**

### **Erforderliche Dokumente:**

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Heiratsurkunde(n)   ➤ Urkunde über die eingetragene Partnerschaft   ➤ Staatsbürgerschaftsnachweis

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbstständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts-(Heilstätten)pflege, desurlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aus Anlass der Mutterschaft (Karenzurlaub), des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld oder Übergangsgeld **ab Vollendung des 14. Lebensjahres** in der richtigen zeitlichen Reihenfolge **lückenlos** anführen.

Bitte achten Sie vor allem auf die **genaue** Ausfertigung des **Beiblattes zur Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit** über Ihre **Tätigkeiten in den letzten 15 Kalenderjahren**.

Der Beruf ist nicht allgemein mit „Arbeiter / Arbeiterin“ oder „Angestellter / Angestellte“ anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen,

zB Schlosser / Schlosserin, Bauhilfsarbeiter / Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der elterlichen Landwirtschaft / im elterlichen Gewerbebetrieb, Techn. Zeichner / Zeichnerin, Buchhalter / Buchhalterin, Verkäufer / Verkäuferin, Diplomkrankenpfleger / Diplomkrankenpflegerin.

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Beschäftigungszeiten besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** beim jeweiligen Krankenversicherungsträger oder beim Dachverband der Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

<i>Beispiel:</i>			
1.6.1968	30.9.1969	Mithilfe im elterl. Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.6.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.7.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstr. 16

### **Erforderliche Nachweise:**

- Schulzeit   ➤ Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr
- Studium   ➤ Studienbücher, Promotionsurkunde
- Lehrzeit   ➤ Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief etc.
- Zivildienst   ➤ Nachweis über Zivildienst

Das Antragsformblatt kann bei allen Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt oder bei einem unserer Sprechtag, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (zB Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (zB Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben für uns selbst oder für eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.



**2. VERSICHERUNGSVERLAUF**

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung**.

nein ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten

- einer Erwerbstätigkeit
  - des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
  - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

**Beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zur Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit jedenfalls vollständig auszufüllen ist.**

Schulzeit	von	bis	Bezeichnung und Ort der Schule
Berufs-(Fach-)schule			
Höhere Schule			
Hochschule / Universität			

von	bis	a) beschäftigt als ..... (Beruf) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat









Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf der / des Verstorbenen zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes / der Kinder bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzo-gen hat.

Eine von Ihnen bzw. der / dem Verstorbenen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

### Als Kinder gelten:

### *Erforderliche Dokumente:*

#### **eheliche Kinder**

- Geburtsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

#### **uneheliche Kinder**

- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis / Urteil)

#### **Wahl-(Adoptiv)kinder**

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

#### **Stiefkinder**

- Nachweis über die Eheschließung / Urkunde über die eingetragene Partnerschaft mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

#### **Pflegekinder**

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des / der Erziehungsberechtigten



# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw.  die / der Verstorbene nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
Vorname				
Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
Ort der Geburt				
ehelich, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit .....	seit .....	seit .....	seit .....
Pflegekind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit .....	seit .....	seit .....	seit .....
Erziehung in Österreich in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• in der Zeit	vom .....	vom .....	vom .....	vom .....
	bis .....	bis .....	bis .....	bis .....
	vom .....	vom .....	vom .....	vom .....
	bis .....	bis .....	bis .....	bis .....

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Erziehung außerhalb Österreichs	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Staat	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherungsnummer / Geburtsdatum des anderen Elternteiles	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezogen der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die / den Verstorbene(n).

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift





**Bitte unbedingt ausfüllen**

Versicherungsnummer										Geburtsdatum
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

Familienname: .....

Vorname: .....

**Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension**

**! Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen !**

**ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND**

◆ Wegen welcher **Krankheiten, gesundheitlicher Beeinträchtigungen** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid / berufsunfähig?

Krankheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Gebrechen:	seit:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Letzte Krankenstände:	.....
von - bis	von - bis
Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

◆ Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe**:

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

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in .....	von .....	bis .....
in .....	von .....	bis .....
in .....	von .....	bis .....
Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

◆ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	.....	.....
	Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

◆ Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....



◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?

Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wurde Unfallanzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe des Versicherungsträgers
Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe der Berufskrankheit

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge eines **sonstigen Unfalles**?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Unfallhergang
-------------------------------	-----------------------------	------------------------

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch Dritte verursacht worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Datum	..... Name und Anschrift des Schädigers / der Schädigerin
Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... zuständiges Gericht / Geschäftszahl	

◆ Hausarzt / behandelnder Arzt / Hausärztin / behandelnde Ärztin:

..... Name und Anschrift
-----------------------------

**ANGABEN ZUR AUSBILDUNG (ab dem 15. Lebensjahr)**

◆ Lehr- und Berufsausbildungen, berufsbildende Schulen, sonstige Aus- und Weiterbildungen

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Schule, Universität, Fachhochschule, Weiterbildungseinrichtung	Ausbildung abgeschlossen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu EDV-Kenntnissen:			
Grundkenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Computernutzung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beruflich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Spezielle EDV-Kenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Programme .....			



**ANGABEN ZU ALLEN AUSGEÜBTEN ERWERBSTÄTIGKEITEN IN DEN LETZTEN 15 JAHREN**

Beispiel für eine mögliche Tätigkeitsbeschreibung, bitte beachten Sie die Fußnoten:

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
03/2001 bis 12/2012	Fa. ISG, 1030 Wien, Kundmangasse 99	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> <i>Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammpflege, Warenwirtschaft, Reklamationsbearbeitung, einfache Tätigkeit</i> .....	
	<b>Geräte:</b> <i>Computer, Telefon</i>	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> <i>Sachbearbeiter</i> .....		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup> <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: .....
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

Fußnoten:

<sup>1)</sup> **Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte:** Geben Sie möglichst genau an, welche konkreten Tätigkeiten Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin zu verrichten hatten und welche Geräte Sie dabei verwendet haben. Geben Sie weiters an, ob Sie – nach Ihrer eigenen Einschätzung – eine einfache, eine mittlere, eine höhere Tätigkeit oder eine Führungs- / Leitungstätigkeit ausgeübt haben.

**Beispiele:**

**Portier / Portierin:** Beaufsichtigung des Eingangs (Zugang zum Betriebsgelände), Kontrolle des Personen- und Fahrzeugverkehrs (über Monitor), Ausstellung von Passierscheinen, Schrankenbetätigung, Schlüsselausgabe, Entgegennahme von Poststücken. Geräte: Computer, Telefon, Monitor (für Überwachung)

**Bauarbeiter / Bauarbeiterin:** Durchführung von Abbrucharbeiten, Betonierarbeiten, Aushebearbeiten, Planierarbeiten usw. Geräte: Schaufel, Spaten, Betonrüttler, Walze

**Außendienstvertreter / Außendienstvertreterin im Verkauf:** Geschäftsanbahnung, Kundenbesuche / Kundinnenbesuche, Erteilung von Produktinformationen, Durchführung von Verkaufsabschlüssen, Gewährung von Preisnachlässen. Geräte: PKW, Computer, Musterkoffer, Telefon

**Fakturist / Fakturistin:** Erstellung bzw. Prüfung von Ausgangsrechnungen anhand von Lieferscheinen, sonstigen Unterlagen und Belegen, Terminüberwachung. Geräte: Computer, Telefon

<sup>2)</sup> **Ihre Berufsbezeichnung:** In welcher Funktion waren Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin beschäftigt? **Beispiele:** Verkäufer / Verkäuferin, Bauarbeiter / Bauarbeiterin, Friseur / Friseurin, Sortierer / Sortiererin, Stationsgehilfe / Stationsgehilfin, Prokurist / Prokuristin, Lohnverrechner / Lohnverrechnerin, Vertreter / Vertreterin im Außendienst bzw. im Innendienst usw.

<sup>3)</sup> **Selbstständige Entscheidungsbefugnisse:** Bitte geben Sie an, wenn Sie bei Ihrer Tätigkeit selbstständige Entscheidungsbefugnisse hatten. **Beispiele:** Zeichnungsbefugnis für Verträge bis zu einem bestimmten Eurobetrag, freie Entscheidungsbefugnis bei Preisnachlässen, Personaleinstellung, Personalbeurteilung, Gewährung von Provisionen an Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> .....	
	.....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> .....	
	.....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> .....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> .....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> ..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> ..... .....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> .....		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

