

Differenzierte Beurteilung bezüglich der Leistungseinschränkung

Leistungsvermögen

Bitte nennen Sie **die wichtigsten Tätigkeiten des Aufgaben- oder Fachgebietes**, in welchem die betreffende Person von Ihnen eingesetzt wurde. Bewerten Sie **die Leistung** der versicherten Person in Prozent (verglichen mit einer gesunden Person beziehungsweise Mitarbeiter*innen ohne Einschränkungen). Zutreffendes Feld ankreuzen.

Tätigkeit	Leistung in Prozent (%)									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Arbeitspensum

Erreichtes Pensum pro Tag	 h	Verteilt über den Tag	Vormittags: h	Nachmittags: h	Abends: h
---------------------------	---------	-----------------------	---------------------	----------------------	-----------------

War die Präsenzzeit während dem Einsatz eingeschränkt? Wenn ja, wie stark und aus welchen Gründen?

Gründe für die Leistungsminderung

Gibt es Tätigkeiten, bei welchen die Schwächen oder Schwierigkeiten der versicherten Person typischerweise zum Ausdruck kommen? Bitte beschreiben Sie die Ursachen, Art und Form der Leistungsminderung.

Begleitungsaufwand				
	Zeigte sich beim Führen, Anleiten oder Begleiten der versicherten Person ein erhöhter Aufwand? Mussten die Arbeiten oder Verrichtungen der versicherten Person im Vergleich mit normalbegabten Mitarbeitern zusätzlich überwacht, koordiniert oder geprüft werden? Falls ja, teilen Sie uns bitte die Gründe mit.			
	Bitte geben Sie die Gründe für den erhöhten Begleitungs- oder Betreuungsaufwand an:			
	☐ Kommunikationsverhalten ☐ Konzentration / Aufmerksamkeitsspanne ☐ Erhöhter Erklärungsbedarf ☐ Verhaltensauffälligkeiten ☐ Andere:		☐ Psychische Schwankungen ☐ Körperliche Einschränkungen ☐ Private Belastungsfaktoren ☐ Freizeitverhalten	
	Bitte Beschreiben Sie Art und Umfang.			
Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für einen zukünftigen Arbeitsplatz oder Arbeitgeber				
	Welche Rahmenbedingungen und Anforderungen müssen aus Ihrer Sicht für einen künftigen Arbeitsplatz erfüllt sein?			
	Mit welchen Rahmenbedingungen kann ein zukünftiger Arbeitgeber die Integration der versicherten Person stützen?			
Verdienst				
	Falls Sie der versicherten Person eine Anstellung in Ihrem Betrieb in Aussicht stellen könnten, welchen Verdienst könnten Sie der versicherten Person anbieten, welcher dem effektiven Leistungsvermögen entspricht?			
	Bruttolohn	CHF	pro Monat	☐ 12 Monatsgehälter ☐ 13 Monatsgehälter
		CHF	pro Stunde, inkl. Ferien & 13. Monatslohn	
	Anteil Soziallohn in CHF:			
	Auf welche Referenz beziehen sich Ihre Lohnangaben:			
☐ Vergleich mit Mitarbeitern in der Unternehmung ☐ Lohnempfehlung Branchenverband ☐ Andere:		☐ Gesamtarbeitsvertrag / Landesmantelvertrag ☐ Normalarbeitsvertrag		
Ergänzungen und Bemerkungen				
Ort, Datum:		Unterschrift:		