



FRAGEBOGEN über

- **BETRIEBSSTRUKTUR**
 - **BELASTUNG bei AUSÜBUNG der SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT(EN)**
- für **GEWERBETREIBENDE und NEUE SELBSTÄNDIGE**

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

1	VERSICHERTE PERSON	Versicherungsnummer	
Familienname		Titel	
Vorname		Geburtsdatum	

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

2	BETRIEBSSTRUKTUR
Welche selbständige Tätigkeit haben Sie ausgeübt?	
Welche Ausübungsberechtigungen haben Sie dafür benötigt?	
Nur auszufüllen bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten	
Wurden diese Tätigkeiten eines einheitlichen Unternehmens in einer wirtschaftlichen Einheit (z.B. Handwerk und Handel) ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welcher Ihrer Tätigkeiten kam die maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zu (gemessen am Umsatz, Arbeitsaufwand etc.)?	
Wurden diese im Rahmen mehrerer getrennter Betriebe ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welcher dieser Betriebe erbrachte für sich allein genommen kein existenzsicherndes Einkommen (bitte begründen)?	

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter svs.at/vvt.

Haben die Tätigkeiten, denen keine maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zugekommen ist, jeweils für sich genommen, im Durchschnitt ja nein

unter 10 Prozent
 zwischen 10 und 20 Prozent
 über 20 Prozent
des Gesamtumsatzes ausgemacht?
Wenn ja: Welche?

2a Mitarbeiter

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

keine
 Anzahl
davon Vollzeit Teilzeit als Arbeiter als Angestellte

Veränderungen (in den letzten fünf Jahren)

Anzahl Mitarbeiter	Arbeiter	Angestellte	vor 5 Jahren	vor 3 Jahren	zuletzt

Bitte beschreiben Sie die Stellung und Aufgaben der Mitarbeiter:

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?

Welche Gründe sprechen dagegen, dass die von Ihnen angeführten, belastenden Tätigkeiten ganz oder teilweise den im Betrieb mittätigen Personen übertragen werden?

Können Sie die belastenden Tätigkeiten einem neuen Dienstnehmer übertragen?

2b Weitere Angaben	
<p>Welche Betriebsmittel wurden im Wesentlichen verwendet? (Angaben über die räumliche und maschinelle Betriebsausstattung, die Anzahl und Art der Fahrzeuge und dgl. mehr)</p>	
<p>Hat sich die Betriebsstruktur in den letzten fünf Jahren verändert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wenn ja: Nähere Angaben (z.B. Umsatz, Anzahl der Betriebsstätten)</p>	
<p>Zeitangabe</p>	<p>Art der Änderung</p>
<p>Beabsichtigen Sie, die selbständige(n) Erwerbstätigkeit(en) weiter auszuüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wenn ja: Sind Einschränkungen geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wenn ja: In welcher Form?</p>	
<p>Wurden Einschränkungen bereits durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wenn ja: In welcher Form?</p>	
<p>Wie hoch war die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit vor Auftreten Ihrer gesundheitlichen Probleme? Stunden pro Tag Tage pro Woche</p>	
<p>Wie hoch ist derzeit Ihre durchschnittliche Arbeitszeit? Stunden pro Tag Tage pro Woche</p>	

Welche Tätigkeiten haben Sie im Unternehmen selbst ausgeführt?		
Körperlich stark belastende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art		
Dauer (Stunden pro Tag):		
Unternehmensleitung, insbesondere Kontroll- und Aufsichtsfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art:		
Dauer (Stunden pro Tag)		
Sonstige manuelle Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art		
Dauer (Stunden pro Tag)		

Welche Tätigkeiten können aufgrund Ihrer Beschwerden aus Ihrer Sicht nicht mehr ausgeführt werden? Bitte führen Sie konkrete Tätigkeiten an.

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?

Gibt es Maßnahmen, durch die Sie sich noch von den belastenden Tätigkeiten entbinden können (wie z.B. Ausbildung, Weiterbildung, ...)?

Wie hoch war Ihr durchschnittlicher Gewinn vor Steuern in den letzten drei Jahren?

3 EINSCHÄTZUNG DER BELASTUNG			
Meine selbständige Tätigkeit als	übte ich aus		
	von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	
Die Verrichtungen erfolgten	häufig	fallweise	nicht
Im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In vorgeneigter Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Knien/Hocken, welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Zwangshaltungen (Überkopfarbeit, auf Knien etc.), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit erhöhter Verletzungsgefahr (Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen, welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit besonderer Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit erhöhter Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter besonderem Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen nicht gefragt wurde (z.B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)? Wenn ja: Welche?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

4 EINSCHÄTZUNG DER BELASTUNG			
Nur bei einer weiteren gleichzeitig ausgeübten Tätigkeit auszufüllen.			
Meine selbständige Tätigkeit als	übte ich aus		
	von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	
Die Verrichtungen erfolgten	häufig	fallweise	nicht
Im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In vorgeneigter Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Knien/Hocken, welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Zwangshaltungen (Überkopfarbeit, auf Knien etc.), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit erhöhter Verletzungsgefahr (Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.), welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen, welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit besonderer Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit erhöhter Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter besonderem Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen nicht gefragt wurde (z.B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)? Wenn ja: Welche?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Folgende Unterlagen liegen bei:

.....

.....

.....