



Dienstgeber\*in  
.....

Abteilung / Versicherungsnummer

Dienstnehmer\*in  
.....

**Fragebogen  
zur Feststellung von Zeiten der  
Schwerarbeit  
für DIENSTGEBER\*INNEN**

Hinweis: Es ist Aufgabe des zuständigen Pensionsversicherungsträgers, festzustellen, ob Schwerarbeit vorliegt. Beantworten Sie die Fragen bitte daher auch dann, wenn Sie der Meinung sind, dass keine Schwerarbeit vorliegt.

Wurden **verschiedene Tätigkeiten** (zB zuerst KFZ-Techniker\*in, danach Reparaturannahme) bei dem\*der gleichen Dienstgeber\*in ausgeübt, ist **für jede Tätigkeit ein eigener Fragebogen auszufüllen**.

Falls Sie weitere Fragebögen benötigen, fordern Sie diese unter Nennung der Versicherungsnummer der versicherten Person bei Ihrem zuständigen Pensionsversicherungsträger an.

**Die Angaben beruhen auf der persönlichen Wahrnehmung von:**

Name in Blockbuchstaben: .....

Telefonnummer: .....

Adresse: .....

E-Mail-Adresse: .....

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift

**A. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT AB DEM 37. (FRAUEN) / 40. (MÄNNER) LEBENSJAHR**

1. Genaue Berufsbezeichnung (zB KFZ-Mechaniker\*in, Koch\*Köchin) sowie betriebsinterne Bezeichnung (zB Betriebliche Erhaltung):

.....

ausgeübt von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ: .....

2. Wurde Kurzarbeit im Rahmen der COVID-19-Pandemie ausgeübt?

nein

ja von ..... bis .....

## B. TÄTIGKEITSBILD

1. Beschreiben Sie hier die typischen Tätigkeiten des durchschnittlichen Arbeitstages und geben Sie dabei alle Teiltätigkeiten an.

**Der durchschnittliche Arbeitstag ergibt sich aus der Summe der Teiltätigkeiten!**

Beachten Sie bitte das Fallbeispiel in der Beilage zum Fragebogen für Dienstgeber\*innen.

Teiltätigkeiten	Häufigkeit	Durchschnittliche Stundenanzahl
	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sonstiger Zeitaufwand	..... ..... ..... .....
	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sonstiger Zeitaufwand	..... ..... ..... .....
	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sonstiger Zeitaufwand	..... ..... ..... .....
	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sonstiger Zeitaufwand	..... ..... ..... .....

2. Welche Transport- und Hebehilfen wurden an wie vielen Stunden pro Arbeitstag verwendet (zB LKW, Stapler, elektrischer oder manueller Gabelhubwagen, Vakuum-Schlauchheber, Laufkran)?

Transport- und Hebehilfen	Dauer
.....	.....
.....	.....

3. Welche maschinellen Hilfsmittel wurden an wie vielen Stunden pro Arbeitstag verwendet (zB Schremmhämmer, Rüttelplatte, Bohrmaschine, Akku-Schrauber)?

Maschinelle Hilfsmittel	Dauer
.....	.....
.....	.....

4. War die Tätigkeit mit der Aufsicht über Mitarbeiter\*innen verbunden?

- nein
- ja, in Stunden pro Arbeitstag: ....., Anzahl der Mitarbeiter\*innen: .....

In welcher Form erfolgte die Aufsicht (Mitarbeit oder reine Aufsicht)?.....

5. Umfasste die Tätigkeit auch Planungs-, Organisations- und Kontrolltätigkeiten?

- nein
- ja, in Stunden pro Arbeitstag: .....

Beschreiben Sie bitte die Planungs-, Organisations- und Kontrolltätigkeiten:

.....

.....

**C. HEBEN UND TRAGEN VON LASTEN (OHNE MASCHINELLE HILFSMITTEL)**

War die Tätigkeit mit dem Heben und Tragen von Lasten verbunden (zB Dreher\*in hebt Werkstück an und spannt es in CNC-Schleifmaschine ein; Bautischler\*in trägt Türstock vom Lieferauto zur Baustelle)?

- nein
- ja

Heben von Lasten Gewicht	Welche Lasten / Objekte?	Wie oft pro Arbeitstag?	Wie lange in Stunden pro Arbeitstag?
Leicht (bis 10 kg)			
Mittelschwer (bis 25 kg)			
Schwer (über 25 kg)			

Tragen von Lasten Gewicht	Welche Lasten / Objekte?	Wie oft pro Arbeitstag?	Wie lange in Stunden pro Arbeitstag?
Leicht (bis 5 kg)			
Mittelschwer (bis 15 kg)			
Schwer (über 15 kg)			

#### D. ARBEITSZEIT

1. Arbeitszeit (Sofern keine genauen Angaben möglich sind, geben Sie bitte die **durchschnittliche tatsächlich geleistete** Arbeitszeit an)

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden / Minuten: .....

Tägliche Arbeitszeit in Stunden / Minuten: .....

Verteilung der täglichen Arbeitszeit pro Woche (zB Montag bis Donnerstag von 08.00 bis 16.30 Uhr; Freitag von 08.00 bis 14.00 Uhr):

.....  
 .....

Tägliche Arbeitspausen in Stunden / Minuten: .....

Saisonabhängige Beschäftigungen (zB Winterdienst von Dezember bis März):

.....

2. Nachtarbeit

nein

ja

Dauer der Nachtarbeit (Uhrzeit) von ..... bis .....

Anzahl der Nachtdienste pro Monat: .....

Erfolgte im Zuge der Nachtarbeit mindestens einmal pro Monat ein Wechsel zum Tagdienst?  nein  ja

3. Arbeitsbereitschaft (zB Mitarbeiter\*in wartet am Arbeitsplatz auf Einsatz)

nein

ja, in Stunden pro Arbeitstag: .....

4. Rufbereitschaft (zB Mitarbeiter\*in wartet zu Hause mit Diensthandy auf Einsatz)

nein

ja, in Stunden pro Arbeitstag: .....

5. Fahrzeiten in der Arbeitszeit

nein

ja, als Lenker\*in oder Beifahrer\*in eines KFZ in Stunden und Minuten pro Arbeitstag: .....

Welches KFZ (zB PKW, Kleinbus, LKW, Bus - Führerscheinklasse)?

.....

**Hinweis: Der folgende Anhang ist nur von Dienstgebern\*Dienstgeberinnen bestimmter Branchen auszufüllen.**