

## Checkliste: bestehender oder ehemaliger Arbeitsplatz

**Name:**

---

Beruf / Tätigkeit:

---

Name des Betriebes:

---

Stellenbeginn:

---

Stellenende:

---

Arbeitszeit:

---

Arbeitsweise (Akkord / Schicht):

---

Pausenregelung:

---

Anzahl der Mitarbeiter (insgesamt):

---

Anzahl der direkten Mitarbeiter:

---

Aufgaben / Tätigkeitsbeschreibung ( Beschreibung eines Arbeitstages):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Angenehme / entlastende Tätigkeiten:

---

---

---

---

Unangenehme / belastende Tätigkeiten:

---

---

---

Bitte beurteilen Sie spontan, wie in Ihrer letzten Arbeitsstelle die Anforderungen (linke Spalte) bezüglich der unten genannten Punkte waren. Bewerten Sie sie mit den Werten „**sehr gering**“, „**durchschnittlich**“, „**sehr hoch**“. In die rechte Spalte tragen Sie dann ein, wie Sie selbst Ihre eigenen Fähigkeit erfahren haben oder einschätzen.

Diese Tabelle ermöglicht uns, zu sehen, an welchen Punkten Sie Unterstützung brauchen.

	Anforderungen	Fähigkeiten
Arbeitsplanung		
Auffassung		
Aufmerksamkeit		
Ausdauer		
Kontaktfähigkeit		
Konzentration		
Kritische Eigenkontrolle		
Kritisierbarkeit		
Lernen / Merken		
Lesen		
Ordnungsbereitschaft		
Pünktlichkeit		
Rechnen		
Schreiben		
Selbständigkeit		
Sorgfalt		
Sprechen		
Umstellungsfähigkeit		
Verantwortung		
Vorstellung		

Kontakt zu den Mitarbeitern (kollegial, freundschaftlich, distanziert, ablehnend, besteh / bestand privater Kontakt)

---



---



---

Schwierigkeiten mit den Mitarbeitern:

---



---



---

Kontakt zu Vorgesetzten (kollegial, freundschaftlich, respektvoll, angstmachend ...):

---



---

Schwierigkeiten mit Vorgesetzten:

---



---



---