

## I. Allgemeine Angaben

Vorname \_\_\_\_\_ Zuname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen: Name und Anschrift der Eltern (oder andere gesetzliche Vertreter)

\_\_\_\_\_

Familienstand

ledig     
  verheiratet     
  verwitwet     
  geschieden     
  getrennt lebend  
   
 seit: \_\_\_\_\_     
 seit: \_\_\_\_\_     
 seit: \_\_\_\_\_     
 seit: \_\_\_\_\_

Wenn Sie verheiratet sind

Name des Ehemannes/der Ehefrau \_\_\_\_\_

Ist Ihr Ehemann/Ihre Ehefrau berufstätig?  Ja  Nein

Kinder

Vorname	Geburtsdatum	Vorname	Geburtsdatum

In welcher Krankenkasse sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer der Rentenversicherung \_\_\_\_\_

Den Sozialversicherungsausweis lege ich vor  Ja  Nein

Bankverbindung

Name der Bank \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Wann kann der Eintritt erfolgen? \_\_\_\_\_

Wer soll im Falle eines Unfalls benachrichtigt werden?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Haben Sie für das laufende Jahr bereits bei Ihrer früheren Firma Urlaub erhalten?  Ja  Nein

## II. Ausbildung/Berufstätigkeit

Schulbildung \_\_\_\_\_

Berufsausbildung als \_\_\_\_\_ bei Firma \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mit Abschluss  Ja  Nein

### Bisherige Tätigkeiten

Firma	Ort	beschäftigt als	von	bis

Im wievielten Berufsjahr stehen Sie ohne Berücksichtigung der Ausbildungszeit? \_\_\_\_\_

Sind Sie im Besitz eines Führerscheins?  Ja, Klasse \_\_\_\_\_  Nein

Besondere Kenntnisse/Lehrgänge \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## III. Gesundheitszustand

Waren Sie in den letzten beiden Jahren wegen einer schweren chronischen Erkrankung, die Einfluss auf die vorgesehene Arbeitsleistung haben könnte, arbeitsunfähig krank?

Ja  Nein

Besteht aktuell eine Krankheit, die Ihre Einsatzfähigkeit in absehbarer Zeit beeinträchtigt?

Ja  Nein

Haben Sie eine ansteckende Krankheit, die die Kundschaft oder Betriebsangehörige gefährden könnte?  Ja  Nein

Steht eine Operation bevor?  Ja  Nein

Können wir damit rechnen, dass Sie uns nach Eintritt auch zur Arbeitsleistung zur Verfügung stehen?

Ja  Nein

Sind Sie anerkannt schwerbehindert oder gleichgestellt?  Ja, zu \_\_\_\_%

Art der Behinderung \_\_\_\_\_  Nein

Ist ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt?  Ja  Nein

Ist eine Kur beantragt oder bewilligt?  Ja  Nein

## IV. Sonstiges

Sind Sie einschlägig vorbestraft?  Ja  Nein

Schwebt ein Strafverfahren gegen Sie, bei dem die Verhängung einer Freiheitsstrafe zu erwarten ist?

Ja  Nein

Bestehen Lohnpfändungen oder Lohnabtretungen?  Ja  Nein

## V. Fragen für spezielle Personengruppen

### **Nur für Frauen (außer Bewerberinnen um eine Bürotätigkeit)**

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

### **Nur für Männer**

Haben Sie einen Wehrdienst/Ersatzdienst abgeleistet?  Ja  Nein

Sind Sie wehrpflichtig/ersatzdienstpflichtig?  Ja  Nein

### **Nur für Ausländerinnen und Ausländer**

Seit wann sind Sie in Deutschland? \_\_\_\_\_

Aufenthaltserteilung gültig bis \_\_\_\_\_

Arbeitserteilung gültig bis \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzl. Vertreter)