





#### **IV. Auswirkungen auf den Beruf**

Hat die Verletzung Auswirkungen auf Ihre **berufliche Tätigkeit** gehabt, wie z.B.

- Ver- oder Umsetzung
- geringere Wochenarbeitszeiten
- Entlassung

Wie sieht Ihre **berufliche** Zukunft aus?

Wie hätte sich Ihre **Karriere ohne die Behinderung** entwickelt?

---

---

---

Können Sie in Zukunft **noch berufstätig** sein?

Wenn ja, in welchem Umfang?

---

---

---

#### **V. Auswirkungen auf das Privatleben**

Wie hat sich die Behinderung auf Ihre **häuslichen Tätigkeiten** ausgewirkt?

Inwieweit sind Ihre **Hobbies** betroffen?

---

---

---

#### **VI. Wie wurden/werden Sie mit Ihrer Situation fertig?**

Wie empfinden sie selber Ihre Situation?

Haben Sie **psychische Beschwerden**?

Sind Sie deswegen vielleicht sogar in ärztlicher Behandlung?

---

---

---

#### **VII. Sind Sie rechtsschutzversichert?**

Wenn ja, wo? Wie lautet die Versicherungsnummer:

---