



**Anmeldebogen Berufsberatung im Erwerbsleben**

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  männlich  weiblich  unbestimmt/divers Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Handy\*: \_\_\_\_\_ E-Mail\*: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Kundennummer (falls bekannt): \_\_\_\_\_ SMS-Erinnerung bei Terminen  ja  nein

\*Diese Angaben sind freiwillig. Über diesen Weg können wir zum Beispiel bei Terminverschiebungen oder sonstigen Fragen schneller mit Ihnen in Kontakt treten. Ihre Zustimmung zur Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass eine unverschlüsselte E-Mail ein unsicherer Übertragungsweg ist und in ihrer Datensicherheit in etwa einer Postkarte entspricht. Mit Angabe der Telefonnummer stimmen Sie der internen Nutzung und der Verwendung im Rahmen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zu. Unsere datenschutzrechtlichen Hinweise finden Sie unter [www.arbeitsagentur.de/datenerhebung](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

**Beruflicher Werdegang** (die wichtigsten bzw. letzten drei Stationen, mit dem aktuellen Eintrag beginnend),  
alternativ können Sie gern Ihren Lebenslauf anfügen/zusenden

Zeitraum (von – bis)	Bezeichnung	Firma, Institution, Ort

**Weitere Zeiten** (wie z. B. Elternzeit/Erziehungszeit, Betreuende/r bzw. Pflegende/r eines Angehörigen etc.)

Zeitraum (von – bis)	Bezeichnung

**Ausbildung/Studium**

Zeitraum (von – bis)	Beruf/Studienfach	Firma/Hochschule	Abschluss	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



<b>Welche beruflichen Pläne oder Wünsche haben Sie?</b> (Mehrfachnennung möglich)					
<input type="checkbox"/> berufliche Neu-/Umorientierung			<input type="checkbox"/> Weiterbildung		
<input type="checkbox"/> (weitere) Ausbildung			<input type="checkbox"/> (weiteres) Studium		
<input type="checkbox"/> beruflicher Aufstieg			<input type="checkbox"/> (weiterer) Schulbesuch		
<input type="checkbox"/> beruflicher Einstieg			<input type="checkbox"/> beruflicher Wiedereinstieg		
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte benennen):					
<b>Was haben Sie schon unternommen, um Ihre Wünsche umzusetzen?</b>					
<b>Was möchten Sie mit Ihrer Berufsberaterin/Ihrem Berufsberater besprechen?</b>					
<b>Zusätzliche Angaben ausländischer Bürgerinnen und Bürger</b>					
<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> Blaue Karte/Blue Card EU			
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Duldung				
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit gestattet	Einreise am:	_____	Befristet bis:	_____	
		Tag Monat Jahr		Tag Monat Jahr	
<b>Beeinträchtigungen, die sich auf berufliche Tätigkeit auswirken (können)</b>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung (GdB): <input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> 30 – 40 <input type="checkbox"/> 50 – 100 <input type="checkbox"/> gleichgestellt					
Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: _____					
Bescheid zum Antrag auf berufliche Rehabilitation ist: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ					
<b>Ihre Erreichbarkeit</b>					
Videokommunikation (Ein gesondertes Programm muss nicht heruntergeladen werden. Sie erhalten einen Einwahllink in den Videokanal der Agentur vorab per E-Mail. Die Einwahl erfolgt dann direkt über Ihren Browser.)					
Telefon (Privat):			<input type="checkbox"/> ganztägig erreichbar		
Telefon (Firma):			<input type="checkbox"/> ganztägig erreichbar		
Mobil:			<input type="checkbox"/> ganztägig erreichbar		
<b>Beratungstermine</b>					
Wann können Termine zur Beratung wahrgenommen werden?					
Ich kann mir Termine grundsätzlich einrichten:					
<input type="checkbox"/> Mo-Fr	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr