**Coaching während eines Arbeitsversuchs**

1. Stammblatt
   1. Leistungserbringer

|  |  |
| --- | --- |
| **Leistungserbringer** |  |
| **Zuständige Person**  **Funktion** |  |
|  |  |

* 1. Versicherte Person

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name / Vorname** |  |  |
| **Versicherten-Nummer** | 756. | |
| **Mitteilungsnummer** |  | |

* 1. Zustellung des Berichts

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bericht zuhanden** |  | |
| **Zuständige Person**  **Funktion** |  | |
| **Berichtszeitraum** | von | bis |
| **Berichtsform** | --- Auswahl treffen --- | |
| * 1. Leistungsübersicht Coaching  |  | | --- | | Die Leistungsübersicht über das Coaching ist bei Schlussberichten immer auszufüllen. Leistungsübersichten können von der EFP bei Bedarf auch als Bestandteil von Zwischenberichten angefordert werden. |  |  |  | | --- | --- | | Leistungsübersicht vorhanden: | --- Auswahl treffen --- | | | | |

* 1. Beilagen allgemein

|  |  |
| --- | --- |
| Ja / Folgende: | Nein |
|  | |
|  | |

1. Verlauf und Zielerreichung
   1. Kurzbeschrieb Verlauf und aktuelle Situation

|  |
| --- |
|  |

* 1. Individuelle Zielerreichung (Anzahl nicht definiert)

|  |
| --- |
| **Ziel 1** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 2** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 3** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 4** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 5** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
|  |

1. Praktische Leistungsbeurteilung
   1. Arbeitsbeurteilung im 1. Arbeitsmarkt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Einsatzbetrieb:** | Name: | | PLZ/Ort: |
| **Ansprechperson:** | Name: | | Kontakt: |
| **Zeitraum:** | von: | | bis: |
| **Hilfsmittel / Anpassungen am Arbeitsplatz:** | | Ja /welche:  Nein | |

| **Ausgeführte Arbeiten** | | |
| --- | --- | --- |
| Hinweis zur Quantität  100% Quantität entspricht einer durchschnittlichen, normalen Leistungsfähigkeit. Somit kann die quantitative Leistung mehr als 100% betragen. | | |
| **Einsatzbereich 1** | **Beschrieb der Tätigkeit** | |
|  |  | |
| Beobachtungen zur Leistung / Leistungsminderung | | |
| Leistungsbeurteilung: | Quantität:      % | Qualität: --- Auswahl treffen --- |
| **Einsatzbereich 2** | **Beschrieb der Tätigkeit** | |
|  |  | |
| Beobachtungen zur Leistung / Leistungsminderung | | |
| Leistungsbeurteilung: | Quantität:      % | Qualität: --- Auswahl treffen --- |
| **Einsatzbereich 3** | **Beschrieb der Tätigkeit** | |
|  |  | |
| Beobachtungen zur Leistung / Leistungsminderung | | |
| Leistungsbeurteilung: | Quantität:      % | Qualität: --- Auswahl treffen --- |
| **Einsatzbereich 4** | **Beschrieb der Tätigkeit** | |
|  |  | |
| Beobachtungen zur Leistung / Leistungsminderung | | |
| Leistungsbeurteilung: | Quantität:      % | Qualität: --- Auswahl treffen --- |
| **Einsatzbereich 5** | **Beschrieb der Tätigkeit** | |
|  |  | |
| Beobachtungen zur Leistung / Leistungsminderung | | |
| Leistungsbeurteilung: | Quantität:      % | Qualität: --- Auswahl treffen --- |

| **Kompetenzen und Ressourcen** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skalierung für Arbeitsbeurteilung  im Vergleich zu einer Person mit durchschnittlicher, normaler Leistungsfähigkeit (B) | | | | | | | |
| **A** | **überdurchschnittlich, hervorragend** | | | | | | |
| **B** | **durchschnittlich, normal** | | | | | | |
| **C** | **eingeschränkt** | | | | | | |
| **D** | **stark eingeschränkt** | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | **A** | **B** | **C** | **D** |  |
| **Thema** | |  |  |  |  | **Begründung**  **(obligatorisch bei A, C, D)** |
| **Körperliche Ressourcen** Belastbarkeit, Beweglichkeit, Gleichgewichtssinn, Fein- und Grobmotorik, Fortbewegung, Sitzen, Stehen etc. | |  |  |  |  |  |
| **Psychische Ressourcen** Emotionale Stabilität, Umgang mit unregelmässigen Arbeitszeiten/Schicht-/Nachtarbeit, Umgang mit Leistungs- /Zeitdruck, Umgang mit Konflikten etc. | |  |  |  |  |  |
| **Basisbildung** Lesen, Schreiben, Rechnen, Allgemeinwissen, spezifisches Wissen etc. | |  |  |  |  |  |
| **Lernfähigkeit** Auffassungsgabe und Instruktionsverständnis, Beobachtungsgabe, Abrufbarkeit des Erlernten etc. | |  |  |  |  |  |
| **Arbeitsmethode** Korrekte Umsetzung, Berücksichtigung von Vorgaben, Arbeitsstruktur, Einhalten von Arbeitssicherheit/Hygienevorschriften etc. | |  |  |  |  |  |
| **Zuverlässigkeit** Pünktlichkeit, Umgang mit Terminen, Pausenverhalten, Umgang mit Betriebsregeln etc. | |  |  |  |  |  |
| **Erscheinungsbild** Kleidung, Körperhygiene, Erscheinung im beruflichen Umfeld etc. | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| **Teamfähigkeit** Sozialverhalten, Kollegialität, Rolle im Team, Rücksichtnahme, Zusammenarbeit etc. | |  |  |  |  |  |
| **Umgangsformen** Angepasste Kommunikationsfähigkeiten entsprechend dem Gesprächspartner, Umgang mit Nähe-Distanz etc. | |  |  |  |  |  |
| **Kritik- und Lernbereitschaft** Umgang mit konstruktiver Kritik, Verhalten im Lernprozess etc. | |  |  |  |  |  |

* 1. Präsenzzeit während Berichtszeitraum

|  |  |
| --- | --- |
| **Betriebsübliche Arbeitszeit im Betrieb:**       h/Woche | Ergänzungen: |
| **Vereinbartes Pensum:**       % oder       h | Ergänzungen: |
| **Erreichtes Pensum:**       % oder       h | Ergänzungen: |
| **Entschuldigte Absenzen:** |  |
| Krankheit       % oder       h | Ergänzungen: |
| Unfall       % oder       h | Ergänzungen: |
| Weitere:       % oder       h |  |
| **Unentschuldigte Absenzen:** |  |
| % oder       h | Ergänzungen: |

1. Ergebnisse
   1. Schlussfolgerungen aus der Massnahme

| **Fragen:** | **Stellungnahme:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Können Angaben zu den Ergebnissen gemacht werden? | Ja  Nein (bitte begründen und Tabelle leer lassen) | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Vermittelbarkeit für den 1. Arbeitsmarkt vorhanden? | Ja  Nein (bitte begründen) | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Welche Arbeitsbereiche sind geeignet? |  | | | |
| Welche Tätigkeiten sind geeignet? |  | | | |
| Bestehen Einschränkungen in Bezug auf das Arbeitsumfeld? | Ja (bitte begründen)  Nein | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Welche Leistung kann in den geeigneten Arbeitsbereichen und Tätigkeiten erbracht werden? | Pensum:      % | | | |
| Hinweis zur Quantität 100% Quantität entspricht einer durchschnittlichen, normalen Leistungsfähigkeit. Somit kann die quantitative Leistung mehr als 100% betragen. | | | |
| Quantität:      % | | | |
| Qualität: --- Auswahl treffen --- | | | |
| **Bei Leistungsminderungen:** |  | | | |
| Sind diese mit gesundheitlichen Einschränkungen erklärbar? | Ja | Nein | | unklar |
|  | Begründung: | | | |
| Welcher marktübliche Bruttolohn könnte ohne Leistungsminderung erwirtschaftet werden? | Monatslohn: CHF       oder | | Quelle: | |
| Stundenlohn: CHF | |
| Welcher Leistungslohn kann in Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen voraussichtlich erwirtschaftet werden? | Monatslohn: CHF       oder | |  | |
| Stundenlohn: CHF | | | |

1. Stellensuche
   1. Aktueller Stand Stellensuche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fragen:** | **Stellungnahme:** | |
| Was wird gesucht? | Lehrstelle | Arbeitsstelle |
|  | keine Stellensuche |  |
| Liegt ein Angebot vor? | Ja  Nein  Wenn ja – Beschrieb des Angebots:    Startdatum angeben:  Wenn nein- Begründung: | |
| Name/Adresse Betrieb |  | |
| Zuständige Person |  | |
| Kontaktdaten der zuständigen Person |  | |

1. Weiteres Vorgehen
   1. Empfehlungen

|  |
| --- |
|  |

* 1. Weitere Planung

|  |
| --- |
|  |

1. Signatur

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum |  |
| Unterschrift zuständige Person(en) |  |