

Personalfragebogen / Personalstammbogen

Raum für Lichtbild

Persönliche Daten

Name, Vorname _____
(ggf. auch Geburtsname)

Anschrift _____ Tel.: _____

Geboren am _____ in _____ Staatsangehörigkeit _____ Religion¹⁾: _____

Bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter _____

Grundwehr-/Ersatzdienst vom _____ bis _____ Letzter Dienstgrad _____

Für ausländische Arbeitnehmer: Arbeitserlaubnis²⁾ vom _____ erteilt vom Arbeitsamt _____

E-Mail Adresse: _____ gültig bis _____

Sind Sie wegen eines im Hinblick auf die vorgesehene Tätigkeit erheblichen
Deliktes vorbestraft oder schwebt insoweit gegen Sie ein Ermittlungsverfahren? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Vorstrafen? _____

Wegen welcher Handlungen schweben Ermittlungsverfahren? _____

Ich bin Mitglied folgender Krankenkasse: _____

☐ Pflichtversicherter ☐ Freiwillig Versicherter

Krankenversicherten-Nr. _____ ☐ Arbeitgeberanteil auszahlen

☐ Beiträge durch Arbeitgeber abführen

Beziehen Sie Sozialversicherungsrente? ☐ nein ☐ ja Welche _____

Sozialversicherungsausweis vorgelegt am _____ Sozialversicherungs-Nr. _____

Bank: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Steueridentifikationsnummer: _____

Hauptbeschäftigung ☐ Nebenbeschäftigung ☐

Familie

Familienstand: Ledig – verheiratet – verwitwet – geschieden

Ehegatte: Name des Ehemannes / der Ehefrau _____ Religion¹⁾: _____
Berufstätig /selbständig

Kinder:

Name	Geburtsdatum	Name	Geburtsdatum	Name	Geburtsdatum

Sind Verwandte von Ihnen im Betrieb beschäftigt? ☐ ja ☐ nein

Wer ? _____

1) Beantwortung freigestellt

2) Bitte beachten: Dem Arbeitgeber ist das Original der Arbeitserlaubnis vorzulegen!

Nichtraucher: ☐ Raucher: ☐

Gesundheit

Sind Sie anerkannter Schwerbehinderter oder Gleichgestellter? Grad der Behinderung _____	☐ ja	☐ nein
Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie – ohne schwerbehindert zu sein – für die vorgesehene Tätigkeit körperbehindert?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welcher Weise? _____		
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Haben Sie ansteckende Erkrankungen, die Ihre zukünftigen Kollegen oder Kunden gefährden können?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Krankheiten durchgemacht, die Einfluß auf die von Ihnen zugesagte Arbeitsleistung haben können?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche? _____		
Ist der vorgesehene Dienstantritt in Frage gestellt (z. B. durch eine beantragte oder bewilligte Kur, durch eine akute Erkrankung, durch einen vorgesehenen Krankenhausaufenthalt oder andere Ereignisse)?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie bereit, sich auf Kosten der Firma auf Ihre gesundheitliche Eignung untersuchen zu lassen?	☐ ja	☐ nein
Für Jugendliche: Sind Sie in den letzten 12 Monaten ärztlich untersucht worden?	☐ ja	☐ nein

Ausbildung

Schulbildung: _____		Abgeschlossene Lehre als _____	
Spezialausbildung als _____			
Studium/Fortbildungskurse	Ort	Jahr	Prüfungsergebnis
Kenntnisse in folgenden Fremdsprachen (geringfügig/mittel/gut): _____			
Führerschein Klasse _____ seit _____			

Bisherige berufliche Laufbahn – lückenlose Angabe auch von beschäftigungslosen Zeiten erforderlich –

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber

Ich bin für den Fall meiner Einstellung damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten für ausschließlich betriebliche Zwecke gespeichert werden.

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, daß falsche Angaben den Arbeitgeber unter Umständen zu einer Anfechtung bzw. fristlosen Kündigung des Arbeitsvertrages berechtigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vermerke des Arbeitgebers

Eingestellt am _____	als _____	in Abteilung _____
Austritt am _____		