**Coaching während einer beruflichen Abklärung**

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 Quantität100% 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 Quantität100% 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. Zusatzfragen bei geplanter Ausbildungsmassnahme

| **Fragen:** | **Ja** | **Nein** | **Unklar** | **Begründung**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ist eine Ausbildungsfähigkeit vorhanden?  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ist eine Ausbildung im 1. Arbeitsmarkt möglich? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ist eine Ausbildung in der Institution empfohlen?  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ist ein Stundenlohn von CHF 2.60 nach der Ausbildung erreichbar? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Sind besondere Massnahme zur Unterstützung der Ausbildung empfohlen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Welches Ausbildungsniveau wird empfohlen? |  --- Auswahl treffen --- |       |

1. Stellensuche
	1. Aktueller Stand Stellensuche

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen:** | **Stellungnahme:**  |
| Was wird gesucht?  | [ ]  Lehrstelle | [ ]  Arbeitsstelle  |
|  | [ ]  keine Stellensuche  |  |
| Liegt ein Angebot vor?  | [ ]  Ja [ ]  NeinWenn 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) |       |