

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G110

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

 Name, Vorname

--	--

 Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von - bis	wegen

 Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

 nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

 nein ja

Art der Behinderung

Grad der Behinderung

Merkzeichen

 seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift

Fachrichtung

 Erkrankung

3 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

 nein ja, wann und von welcher Stelle?

4 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		ausgeübt von - bis

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben / Tragen

Art der Lasten: _____

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

Ganztagsarbeit

Teilzeitarbeit

andere Arbeitszeitmodelle

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht

nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe

Hitze

starke Staubentwicklung

Rauchentwicklung

starker Lärm

Lärmschutz muss getragen werden

Erschütterungen / Vibrationen

Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

hautreizende Stoffe, welche?

atemwegsreizende Stoffe, welche?

überwiegend im Freien

überwiegend in Rohbauten

überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

Pkw

Lkw

Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge

Personenbeförderung

Gefahrguttransport

Sonstiges

Publikumsverkehr

häufige Reisetätigkeit

Auswärts-Montage

Mitarbeiterführung

erhöhte Unfallgefahr

außerordentliche Konzentration erforderlich

lange Anfahrtszeiten _____ Minuten

keine geregelten Pausen

überwiegend Bildschirmarbeit

besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz

5 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherungsnummer

G110

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?
von - bis wegen

nein ja

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

2 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

3 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

nein ja, wann und von welcher Stelle?

4 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
-------------------------------------	------------------	-----------------------------------

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)	ausgeübt von - bis
--	--------------------

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben / Tragen

Art der Lasten: _____

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen _____

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

Ganztagsarbeit

Teilzeitarbeit

andere Arbeitszeitmodelle _____

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht

nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord

Beschreibung _____

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe

Hitze

starke Staubentwicklung

Rauchentwicklung

starker Lärm

Lärmschutz muss getragen werden

Erschütterungen / Vibrationen

Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? _____

hautreizende Stoffe, welche? _____

atemwegsreizende Stoffe, welche? _____

überwiegend im Freien

überwiegend in Rohbauten

überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

Pkw

Lkw

Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge

Personenbeförderung

Gefahrguttransport

Sonstiges

Publikumsverkehr

häufige Reisetätigkeit

Auswärts-Montage

Mitarbeiterführung

erhöhte Unfallgefahr

außerordentliche Konzentration erforderlich

lange Anfahrtszeiten _____ Minuten

keine geregelten Pausen

überwiegend Bildschirmarbeit

besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz _____

5 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

 nein ja, wegen _____

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

 nein ja _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

 nein ja

Ort, Datum _____

Unterschrift _____