

! Zu jedem Antrag gehört noch das Formular G100 mit allg. Angaben zur Person, Versichertenstatus und beantragter Leistung – unbedingt mitsenden!

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?

Nicht nur die Diagnose, sondern ausführliche Schilderung der gesundheitlichen Probleme (Einschränkungen), s.a. Dokument „Erläuterungen und Formulierungshilfen“, Abschnitt A. – D. Falls der Platz nicht reicht, scheuen Sie sich nicht auf eine gesonderte Anlage zu verweisen. Nutzen Sie dann unbedingt die gewünschte Gliederung (z.B.: „zu 1.“ usw.)

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 **Unbedingt angeben!**

| | | | |
|---------------------|----------------------|----------|------|
| Art der Behinderung | Grad der Behinderung | Merkmale | seit |
|---------------------|----------------------|----------|------|

2 Arztbehandlungen

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

| | | |
|--|--------------|------------|
| Name, Vorname und Anschrift | Fachrichtung | Erkrankung |
| Auch hier lohnt es sich unter Umständen eine Anlage zu schreiben (s.o.) | | |

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 **Heben / Tragen**

ständig überwiegend teilweise Art der Lasten:

stehend gehend sitzend gebückt Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

Arme über Brusthöhe nein ja, folgende

kniend / hockend weitere Bemerkungen

auf Gerüsten / Leitern

Punkt 4 ist nach bestem Wissen zu beantworten!

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 Staubbildung
 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