

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

G0110

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

1.1 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

gar nicht
 bis 6 Wochen
 bis 3 Monate
 bis 6 Monate
 mehr als 6 Monate

von - bis wegen

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

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

nein ja

Art der Gesundheitsstörung

Zeitangabe

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

nein ja

Art der Behinderung

Grad der Behinderung

Merkmale

seit

2 Berufliche Zukunft

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie **alles für Sie Zutreffende** an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich

	Trifft zu		Trifft zu
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine andere Arbeit suchen werde	<input type="checkbox"/>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 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	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"/>
		Art der Lasten:	
		Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg	
		Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende	
		weitere Bemerkungen	
Arbeitsorganisation		Äußere Einflüsse	
Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche			
<input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit		<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe	
<input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit		<input type="checkbox"/> Hitze	
<input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle		<input type="checkbox"/> starke Staubbentwicklung	
		<input type="checkbox"/> Rauchentwicklung	
		<input type="checkbox"/> starker Lärm	
		<input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden	
<input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht		<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht nur Nachtschicht		<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	
<input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt		<input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?	
<input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord		<input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?	
Beschreibung		<input type="checkbox"/> überwiegend im Freien	
		<input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten	
		<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt	
		Berufliches Kraftfahren	
		<input type="checkbox"/> Pkw	
		<input type="checkbox"/> Lkw	
		<input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge	
		<input type="checkbox"/> Personenbeförderung	
		<input type="checkbox"/> Gefahrguttransport	
		Sonstiges	
		<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	
		<input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit	
		<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage	
		<input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung	
		<input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr	
		<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich	
		<input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten _____ Minuten	
		<input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen	
		<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit	
		<input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)	
Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?			
Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz			



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

4 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

5 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?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wann?	Von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Werksarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
6.3 Ich willige ein , dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Unterschrift
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung im Formular G0115 einzubringen.

Ort, Datum

Unterschrift



