Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT/ MSNR

Deutsche Rentenversicherung

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	Merkzeichen	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	☐	überhaupt nicht mehr arbeiten kann	☐
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	☐	eine andere Arbeit suchen werde	☐

G0110-00 DRV
V006 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

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

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

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

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?

☐ nein ☐ ja

Wann?	Von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Personalarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wegen:

6.2 Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

☐ nein ☐ ja

Name des Betriebsarztes / Personalarztes	Telefon

Anschrift

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

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