

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)? |                             |             |       |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:  |                             |             |       |
|  |                             |             |       |
| Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?   |                             |             |       |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? |   |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_