

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

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	<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

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

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

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

**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		

<b>Arbeitshaltung</b>  stehend gehend sitzend gebückt Arme über Brusthöhe kniend / hockend auf Gerüsten / Leitern	ständig	überwiegend	zeitweise	<b>Heben / Tragen</b> Art der Lasten:  Gewichte häufig bis      kg    gelegentlich bis      kg Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende <b>weitere Bemerkungen</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Arbeitsorganisation</b> Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle  <input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht nur Nachtschicht <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt <input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord Beschreibung	<b>Äußere Einflüsse</b> <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung <input type="checkbox"/> starker Lärm <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?  <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?  <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?  <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt	<b>Berufliches Kraftfahren</b> <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge <input type="checkbox"/> Personenbeförderung <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport <b>Sonstiges</b> <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 / Personalarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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).	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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

