

Versicherungsnummer			
		(3110
Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinis Name, Vorname	chen Renabilitatio	Geburtsd	
ivanie, vonanie		Gebuitsu	atum
Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,			
damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns d der Rehabilitation erheblich beitragen.			
1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme			
1.1 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsun	ähig?		
gar nicht bis 6 Wochen bis 3 Monate von - bis wege	bis 6 Monate	mer	nr als 6 Monate
ı			
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im 1.2 Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörunge 7. Jakorkrankheit Propositio Collegnest Unfallfalgen)?		ochdruck, F	derzerkrankung,
Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?			
nein ja Art der Gesundheitsstörung		Zeitangabe	
-		-	
1.3 Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt od gleichgestellt?	er sind Sie einem schw	erbehinder/	ten Menschen
nein ja Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit
	3		
2 Berufliche Zukunft	1		1
Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen	Sie alles für Sie Zutre	ffende an.))
Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich		,	
Trifft zu			
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann			
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann			
überhaupt nicht mehr arbeiten kann			
eine andere Arbeit suchen werde			

Seite 1 von 3

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
3 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätic	ıkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zu	lletzt verrichtet wurde)
Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt	,
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-I		ht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis
Arbeitshaltung	Heben / Tragen	
ständig überwiegend	zeitweise Art der Lasten:	
stehend		
gehend	Gewichte häufig bis	kg gelegentlich bis kg
sitzend		ehilfsmittel vorhanden?
gebückt	H	
Arme über Brusthöhe		olgende
kniend / hockend	weitere Bemerkungen	
auf Gerüsten / Leitern 🔲 🔲		
Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren
Arbeitszeit: Stunden / Woche	Kälte, Zugluft, Nässe	Pkw
	Hitze	Lkw
Ganztagsarbeit	starke Staubentwicklung	Baumaschinen /
Teilzeitarbeit	Rauchentwicklung	sonstige Fahrzeuge
andere Arbeitszeitmodelle	starker Lärm	Personenbeförderung
	Lärmschutz muss getragen	Gefahrguttransport
	werden	Sonstiges
	Erschütterungen / Vibrationen	Publikumsverkehr
ragalmäßiga Erübashisht /	Gerüche, Gase, Dämpfe, welche	
regelmäßige Frühschicht / Spätschicht		Auswärts-Montage
	havitrainanda Staffa walaha?	Mitarbeiterführung
regelmäßige Dreischicht	hautreizende Stoffe, welche?	erhöhte Unfallgefahr
nur Nachtschicht		außerordentliche
starrer maschinengebundener	atemwegsreizende Stoffe, welch	e? Konzentration erforderlich
Arbeitstakt		lange Anfahrtszeiten
Einzelakkord Gruppenakkord	überwiegend im Freien	Minuten
Beschreibung		keine geregelten Pausen
	überwiegend in Rohbauten überwiegend witterungsgeschütz	The second Distriction and all
	uberwiegend willerungsgeschutz	besondere Anforderungen
		an das Sehvermögen
		(zum Beispiel Feinarbeit)
Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschrä	nkungen?	
Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz		
·		

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekar	ant)			
. .	(Sowell bekal				
4 Arztbehandlungen					
Bei welchen Ärzten waren Sie in	den letzten 12 Mor	naten in Behandlung?			
Name, Vorname und Anschrift		Fachrichtung	Erler	ankung	
INAME, VOMAME UNA ANSCHINI		racinicituity	LIKIG	arikurig	
5 Barretaalituuruu					
5 Begutachtungen		an Diaget den Kanala	-1	lan Amarkin film Anhait a dan	
Sind Sie in den letzten 12 Monate von einer anderen Stelle begutac		nen Dienst der Kranke	nkassen, von d	ier Agentur für Arbeit oder	
	anot wordon.				
nein ja					
Wann?	Von welcher Stelle?				
6 Betriebsarzt / Personalarz					
6.1 Nehmen Sie an arbeitsmed	lizinischen Vorsorg	geuntersuchungen teil	?		
nein ia					
Falls ja, wegen:					
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Person	 alarzt vorhanden?				
<u> </u>	adizi vomandom.				
nein ja				Talafara	
Name des Betriebsarztes / Personalarztes				Telefon	
A sea abuilt					
Anschrift					
Ich bin damit einverstanden, dass Rehabilitationseinrichtung mit der					
Arbeitsplatzes und gegebenenfall					
Erklärung kann jederzeit widerruf		_	_		
nein ja					
Hinweis: Damit wir uns ein möglic	chst umfassendes	Bild von Ihren Gesund	lheitsstörunger	n machen können, haben	
Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung im Formular G115 einzubringen.					
Ort, Datum			Unterschrift		