



#### 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

**G110**

Versicherungsnummer
---------------------

**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 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	

  

<b>Arbeitshaltung</b> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%; text-align: center;">ständig</td> <td style="width:33%; text-align: center;">überwiegend</td> <td style="width:33%; text-align: center;">zeitweise</td> </tr> <tr> <td>stehend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>gehend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sitzend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>gebückt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arme über Brusthöhe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>kniend / hockend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>auf Gerüsten / Leitern</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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"/>	<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 weitere Bemerkungen _____ _____
	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"/>																														

  

<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 <input type="checkbox"/> 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  
 \_\_\_\_\_

**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