

Versicherungsnummer									



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 ausfüllen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

☐ nein ☐ ja, die Krankenkasse ☐ ja, die Agentur für Arbeit ☐ ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen.

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 beifügen!
☐ stationär ☐ ganztägig ambulant	
☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	Bitte Formular G0110 beifügen!
☐ stationär ☐ ganztägig ambulant ☐ ambulant	
☐ Kombinationsbehandlungen	
☐ Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen!
☐ stationär ☐ ganztägig ambulant	
☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Bitte Formular G0130 beifügen!
☐ Kraftfahrzeughilfe	Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen!
☐ Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen!



2 Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (Angaben freiwillig)

Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.

Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.RV-Reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (**bis zu drei**) Wünsche zur Auswahl anzugeben.

Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.

Sofern Sie keinen Wunsch äußern, unterbreitet Ihnen die Deutsche Rentenversicherung Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:



Versicherungsnummer

3 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	

4 Angaben zum Familienstand und Beruf

4.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
☐ 0 ledig	☐ 1 verheiratet	☐ 2 geschieden	☐ 3 verwitwet
4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

5 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

☐ 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	☐ 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	☐ 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
☐ 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	☐ 4 Facharbeiter	☐ 5 Meister, Polier
☐ 6 Angestellter	☐ 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts	☐ 8 Selbständiger



Versicherungsnummer									

6 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

☐ 0	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	☐ 1	Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	☐ 2	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
☐ 3	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	☐ 4	Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	☐ 5	Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
☐ 6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	☐ 7	arbeitslos gemeldet	☐ 8	Heimarbeit
☐ 9	Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen				

7 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen	
☐	Gesetzliche Krankenkasse
☐	Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Ort		
telefonisch tagsüber zu erreichen			



Versicherungsnummer									

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

☐ nein ☐ ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

10 Leistungen des Jobcenters

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?

Name des Jobcenters, Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Sonstige Angaben

11.1 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

11.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

☐ nein ☐ ja

11.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja



11.4 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgenreiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

11.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

☐ nein ☐ ja, am

Tag	Monat	Jahr

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

11.6 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer

11.7

Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein

ja,

am

Tag

Monat

Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

12
Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 13

ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von

(Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

13
Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

nein

ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

14 Dokumentenzugang

14.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- ☐ Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

14.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- ☐ als Großdruck
- ☐ in Braille (Kurzschrift)
- ☐ in Braille (Vollschrift)
- ☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- ☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

15 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

15.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.



Versicherungsnummer									

noch Ziffer 15.1

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigelegten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

☐

ist beigelegt

☐

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

15.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).



Versicherungsnummer

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufhalten beziehungsweise Rehabilitationsaufhalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenversicherungen.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

17.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
17.2 AUD-Beleg ist beigefügt ☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum 	

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
	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	☐



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 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>ständig</td> <td>überwiegend</td> <td>zeitweise</td> </tr> <tr> <td>stehend</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>gehend</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>sitzend</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>gebückt</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Arme über Brusthöhe</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>kniend / hockend</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>auf Gerüsten / Leitern</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>			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	
	ständig	überwiegend	zeitweise																																
stehend	☐	☐	☐																																
gehend	☐	☐	☐																																
sitzend	☐	☐	☐																																
gebückt	☐	☐	☐																																
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐																																
kniend / hockend	☐	☐	☐																																
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐																																
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 / Werksarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? ☐ nein ☐ ja Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? ☐ nein ☐ ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
6.3 Ich willige ein, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt. ☐ nein ☐ ja	
Ort, Datum	Unterschrift
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	

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

