

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



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? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> bis 6 Wochen <input type="checkbox"/> bis 3 Monate <input type="checkbox"/> bis 6 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> von - bis wegen </div> <hr/> <hr/> <hr/>			
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund? <hr/>			
1.2 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			Zeitangabe
1.3 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 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

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

