

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**  
**Hier: Anlage zur Erhebung der beruflichen Situation**

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ergänzend auch ein Bild von Ihrer beruflichen Situation machen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und Ihrem Antrag beizufügen.

**Alter:** \_\_\_\_\_ **Jahre**                                 **Geschlecht:**  männlich      weiblich

<b>1 Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?</b> (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)																															
<input type="checkbox"/> ganztags berufstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos / erwerbslos																														
<input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> Rentner wegen Erwerbsminderung																														
<input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig																														
<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann																															
<b>2 Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																															
<b>3 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?</b> <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																															
<b>4 Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?</b> Der Begriff der Arbeit bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein.  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: left;">keine Beeinträchtigung</td> <td style="text-align: right;">völlige Beeinträchtigung</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">7 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		keine Beeinträchtigung	völlige Beeinträchtigung	0 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung	völlige Beeinträchtigung																														
0 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>																														
1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																														
2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>																														
3 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																														
4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																														
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																														
6 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																														
7 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																														
8 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																														
<b>5 Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie <u>alles für Sie Zutreffende</u> an.)</b> Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft ohne die beantragte Rehabilitationsleistung wahrscheinlich <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">Trifft zu</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="text-align: center;">Trifft zu</td> </tr> <tr> <td>in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>eine Rente beantragen werde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>arbeitslos sein werde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>überhaupt nicht mehr arbeiten kann</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>krankgeschrieben sein werde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine andere Arbeit suchen werde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ich weiß es noch nicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Trifft zu		Trifft zu	in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine Rente beantragen werde	<input type="checkbox"/>	in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	arbeitslos sein werde	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	krankgeschrieben sein werde	<input type="checkbox"/>	eine andere Arbeit suchen werde	<input type="checkbox"/>	Ich weiß es noch nicht	<input type="checkbox"/>										
	Trifft zu		Trifft zu																												
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine Rente beantragen werde	<input type="checkbox"/>																												
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	arbeitslos sein werde	<input type="checkbox"/>																												
überhaupt nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	krankgeschrieben sein werde	<input type="checkbox"/>																												
eine andere Arbeit suchen werde	<input type="checkbox"/>	Ich weiß es noch nicht	<input type="checkbox"/>																												
<b>6 Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile das für Sie Zutreffende</u> an.)</b>  <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td style="text-align: center;">etwas</td> <td style="text-align: center;">mäßig</td> <td style="text-align: center;">ziemlich</td> <td style="text-align: center;">sehr</td> </tr> <tr> <td>Ich hoffe, dass</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>man hier endlich Zeit für mich haben wird</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><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird</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><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt</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><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	Ich hoffe, dass						man hier endlich Zeit für mich haben wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr																										
Ich hoffe, dass																															
man hier endlich Zeit für mich haben wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

