



**3 Angaben zum Familienstand und Beruf****3.1** Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)
 0 ledig     
  1 verheiratet     
  2 geschieden     
  3 verwitwet
**3.2** Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)**4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben**

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

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

**5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit**

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

**6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)**

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

 0 nein     
  1 ja
**7 Krankenkasse**

Name

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

 Gesetzliche Krankenkasse

 Private Krankenversicherung

(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)

**8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt**

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

**9 Beiträge zur Sozialversicherung**

**9.1** Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein  ja

**9.2** Haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?  
Staat

nein  ja

**9.3** Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?  
Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

nein  ja

**10 Beamteneigenschaft**

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 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

**11.1** Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?  
Name des Rentenversicherungsträgers

nein  ja

**11.2** Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

nein  ja

**12 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente**

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

nein  ja

**12.2** Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit** im **Blockmodell** getroffen?  
von - bis

nein  ja Vollerwerbsphase  
von - bis

Freistellungsphase

**12.3** Haben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen?

nein  ja

**13 Sonstige Angaben**

**13.1** 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 Zivillist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenseiden,
- Impfschaden?

nein  ja Von welcher Stelle? Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein  ja Bei welcher Stelle?

**13.2** 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, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

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

nein  ja  
am \_\_\_\_\_ bei welcher Stelle? Aktenzeichen \_\_\_\_\_

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

nein  ja  
Von welcher Stelle zuletzt? \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
von - bis \_\_\_\_\_

#### **14 Antragstellung durch eine andere Person**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von \_\_\_\_\_ Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

#### **15 Bankverbindung**

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

**D E** \_\_\_\_\_

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

#### **16 Dokumentenzugang 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 (Kassette)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 17 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (Nicht Zutreffendes streichen)

### 17.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### 17.2 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) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 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).

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

**17.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.** Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

**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.

### 17.4 Ermächtigung

**Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 15 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.**

## 18 Unterschrift

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**19 Bestätigung der Krankenkasse**

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -  
(nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater Krankenversicherung)

<b>19.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen				
Sie ist / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert					
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Abs. 2 SGB VI)?					
Art und Zeitraum der Leistung					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
<b>Anmerkung</b> Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).					
<b>19.2</b> Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Abs. 1 SGB IV auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -					
letzter Beitrag					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	<table border="1"><tr><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	Monat	Jahr		
Monat	Jahr				
<b>19.3</b> AUD-Beleg ist beigelegt					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift					
Datum					

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

# G110

## 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.

<b>1</b>	<b>Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme</b>
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

<b>2</b>	<b>Arztbehandlungen</b>
Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?	
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung
	Erkrankung

<b>3</b>	<b>Begutachtungen</b>
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
--	--------------------

**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 \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_

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

## AUD-Beleg

### Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

#### Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten

**Von der Krankenkasse auszufüllen - Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -**

Als Behandlung in Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung)
  - nach § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes)

In den letzten 3 Jahren vor Rehabilitationsantragstellung lagen Arbeitsunfähigkeit / Krankenhausaufenthalte / Rehabilitationsaufenthalte vor

- nein
- ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten sind - beginnend mit der letzten (einschließlich der laufenden) - nachstehend lückenlos aufgeführt:
- anstelle der manuellen Aufstellung ist ein EDV-Ausdruck beigelegt

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen																				
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
<p>Stempel der Krankenkasse, Unterschrift</p> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">           Datum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>																					