

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

<b>1.1</b> Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?			
<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> bis 6 Wochen von - bis	<input type="checkbox"/> bis 3 Monate	<input type="checkbox"/> bis 6 Monate
		wegen	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>			
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
<b>1.2</b> 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
<b>1.3</b> 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 <b>alles für Sie Zutreffende</b> 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

Grid for insurance number

Grid for license plate

Grid for 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 (standing, walking, sitting, etc.) and Heben / Tragen (lifting/carrying) section with checkboxes and weight fields.

Arbeitsorganisation, Äußere Einflüsse, and Berufliches Kraftfahren sections with various checkboxes for work conditions and external factors.

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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann?	Von welcher Stelle?

#### 6 Betriebsarzt / Werksarzt

<b>6.1</b> Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wegen:	
<b>6.2</b> Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
<b>6.3</b> 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. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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



