

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Personalien des Antragstellers

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherungsnummer:
Teilnehmer seit:	

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 Allgemein

Sind sie pflichtversichert bei der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

Sind Sie dauerhaft berufsunfähig?

nein ja seit _____

2 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

2.1 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

gar nicht bis 26 Wochen mehr als 26 Wochen

von - bis

wegen

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

--

2.2 Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja

Art der Gesundheitsstörung

Zeitangabe

2.3 Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein ja

Art der Behinderung

Grad der Behinderung

Merkzeichen

seit

--	--	--	--	--

3 Berufliche Zukunft

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft als Architektin / Architekt, Stadtplanerin / Stadtplaner oder Ingenieurin / Ingenieur vor? (Bitte kreuzen Sie **alles für Sie Zutreffende** an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich

<input type="checkbox"/> in meinem jetzigen Tätigkeitsfeld als Architekt, Stadtplaner oder Ingenieur weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/> in meinem jetzigen Tätigkeitsfeld als Architekt, Stadtplaner oder Ingenieur nicht mehr arbeiten kann
<input type="checkbox"/> in meinem Architekten- Stadtplaner oder Ingenieurberuf allgemein weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr im Architekten- Stadtplaner oder Ingenieurberuf arbeiten kann
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann	

4 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

selbständig

angestellt

Name und Anschrift des Arbeitgebers

beschäftigt seit

Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb

Beschreibung der zuletzt ausgeübten konkreten Tätigkeit (z. B. Planung von Bauwerken, Überwachung Bauvorhaben, Sachverständigentätigkeiten, Planung und Durchführung von Vergabeverfahren), 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"/>

Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Sonstiges
Arbeitszeit _____ Stunden / Woche <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle _____ _____	<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nüsse <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung <input type="checkbox"/> starker Lärm <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? _____ <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung <input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich <input type="checkbox"/> längere Anfahrtszeiten _____ Minuten <input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen; welche? _____
Allgemein Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz _____ _____ _____ Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen? _____ _____ _____ _____		

5 Arzt

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

6 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit, von der Deutschen Rentenversicherung oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann?	Von welcher Stelle?

7 Betriebsarzt / Werksarzt

7.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
7.3 Ich willige ein, dass sich das Versorgungswerk 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.	

8 Kostenträger

Besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme durch andere Träger?

nein ja, Träger: _____

9 Einkommen

Wie hoch ist Ihr Jahresberufseinkommen?

Bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid oder Ähnliches bei

Hinweis

Zum Antrag muss das Formular Befundbericht durch den behandelnden Arzt ausgefüllt und beigelegt werden.

Ort, Datum

Unterschrift