

Versicherungsnummer

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



Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

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

1 Schulausbildung

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis	<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / -aufbauschule	Schuljahre bzw. Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis	<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre bzw. Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis	<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre bzw. Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis	<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre bzw. Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule*	Schuljahre von - bis	<input type="checkbox"/> Hochschule / Universität	Schuljahre bzw. Semester von - bis

* Art der Schule:

Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen

2 Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?

Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.2 Abgebrochene Berufsausbildung

als	warum abgebrochen?	am

2.3 Anlernberuf

als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Umschulungsberuf	von - bis
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		
Wer war Kostenträger (z. B. Agentur für Arbeit)?	Aktenzeichen	
Wo erfolgte die Umschulung (z. B. Berufsförderungswerk)?		

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art und Zeitraum
---	------------------

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sprache und Beherrschungsgrad
---	-------------------------------

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb (ca.)
Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Arbeitslos gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten / derzeitigen Arbeitgeber gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:		

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 Früh- / 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 _____ Min.
 keine geregelten Pausen
 überwiegend Bildschirmarbeit
 besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z. B. Feinarbeit)

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können -gesundheitliche bzw. andere Gründe-? Bitte Beschwerden angeben.

5 Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten sechs 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 (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

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

nein ja

Art der Behinderung	GdB	Merkzeichen	seit
	%		

6 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten zwölf Monaten in Behandlung?

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

7 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten zwölf Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

nein ja, wann und von welcher Stelle?

8 Betriebs- / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja, wegen

Ist ein Betriebs- / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebs- / Personalarztes

nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebs- / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift