

Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

**Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Sicherung
der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)
nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI**

G0185

Name, Vorname

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

von - bis wegen

nein ja

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

2 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andauernde Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum |
| <input type="checkbox"/> Luftnot bei körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch |
| <input type="checkbox"/> Häufige Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Häufiger Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nachfolgend erläutern) | |

Belastungsfaktoren beruflich aus dem privaten Umfeld

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

3 Arztbehandlungen (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

| Name, Vorname und Anschrift | Fachrichtung | Erkrankung |
|-----------------------------|--------------|------------|
| | | |
| | | |

4 Angaben zum Arbeitsplatz

| | | |
|---|------------------|-------------------|
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | beschäftigt seit | Beschäftigungsort |
| genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis | | |



Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arbeitsplatzprofil

| Allgemeine Bedingungen | ständig | überwiegend | zeitweise | Für mich problematisch |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heben / Tragen (ohne Hilfsmittel) | | | | |
| unter 10 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 10 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefes Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwangshaltung der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkopfarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftvolles Ziehen / Schieben / Greifen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hohe Anforderung an Feinarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Steigen / Hocken / Knien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Witterung / Hitze / Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemwegbelastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautbelastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erschütterung / Vibrationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsorganisation | | | | |
| Hohe Verantwortung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalverantwortung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeit / Termindruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit emotional belastenden Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fehlende soziale Unterstützung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bildschirmarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| komplexe Aufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teamarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich): | | | | |
| Arbeitszeit _____ Stunden / Tag _____ Stunden / Woche | | | | |
| Akkordarbeit | <input type="checkbox"/> | | | |
| Mehrschicht / Wechselschicht | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dauernachtschicht | <input type="checkbox"/> | | | |
| Häufige Überstunden | <input type="checkbox"/> | | | |
| Berufskraftfahren | | | | |
| Pkw, Lkw, sonstige Fahrzeuge | <input type="checkbox"/> | | | |
| Personenbeförderung | <input type="checkbox"/> | | | |
| Welche weiteren Umstände Ihrer beruflichen Tätigkeit belasten Sie gegenwärtig? | | | | |



Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5 Welche Ziele wollen Sie mit der Präventionsleistung erreichen?

- Verbesserung der körperlichen Verfassung
- Ernährungsumstellung
- Erlernen von Stressbewältigung
- Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alltagsdrogen (Tabak, Alkohol)

Ergänzungen:

6 Betriebsarzt / Werksarzt

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

nein ja

Name des Betriebsarztes / Werksarztes

Telefon

Anschrift

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja

Falls ja, wegen:

Ich bin damit einverstanden, 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 (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mein Betriebsarzt / Werksarzt eine Ausfertigung der Entlassungsdokumentation erhält.

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift



