

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT/ MSNR

--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Präventionsantrag der Rentenversicherung

G0190

1 Name, Vorname		Geburtsdatum									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
2 Straße, Hausnummer											
Postleitzahl		Wohnort									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
3 arbeitsunfähig?											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
Falls ja, seit		wegen									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
4 Beginnende Funktionsbeeinträchtigungen (zum Beispiel beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe oder psychische Beeinträchtigungen) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung, (gegebenenfalls Diagnosen):											
1.											
2.											
3.											
4.											
<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>											
Ergänzende Erläuterungen:											
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>											



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

5 Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> seit wann? _____		
6 Belastungsfaktoren 6.1 Tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren 		
6.2 Soziale Belastungsfaktoren 		
7 Allgemein Befunde Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:		
8 Folgende Ziele sollen mit der Prävention erreicht werden: 		
9 Bemerkungen 		
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Präventionseinrichtung		
10 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja		

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Telefonnummer _____

