

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

☐

Andauernde Schlafstörungen

☐

Nikotinkonsum

☐

Luftnot bei körperlicher Belastung

☐

Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch

☐

Häufige Rückenschmerzen

☐

Häufiger Alkoholkonsum

☐

Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen

☐

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



