

Versicherungsnummer

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

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

1 Schulausbildung

Hauptschule oder Polytechnische Oberschule (8 Klassen) _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre von - bis _____
Realschule (Mittelschule) oder Polytechnische Oberschule (10 Klassen) _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre von - bis _____
Gymnasium oder Erweiterte Oberschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre von - bis _____
Gesamtschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre von - bis _____
Sonstige Schule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre von - bis _____
Art der Schule:	
Berufsschule oder Berufsfachschule oder Berufsaufbauschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre oder Semester von - bis _____
Fachschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre oder Semester von - bis _____
Fachoberschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre oder Semester von - bis _____
Fachhochschule _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre oder Semester von - bis _____
Hochschule oder Universität _____ <input type="checkbox"/>	Schuljahre oder Semester von - bis _____
Erreichte Schulabschlüsse oder 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?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Umschulungsberuf	von - bis
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		
Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?		Aktenzeichen
Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?		
2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art und Zeitraum	
2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Sprache und Beherrschungsgrad	

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers		beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)			
genaue Tätigkeit zurzeit oder zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)			
ausgeübt von - bis		beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Arbeitslos gemeldet? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	gegebenenfalls 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 oder hockend _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten oder Leitern _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben oder Tragen			
Art der Lasten:			
Gewichte häufig bis		gelegentlich bis	
kg		kg	
Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Falls ja, folgende	
weitere Bemerkungen			

Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren
Arbeitszeit: _____ Stunden oder Woche	Kälte, Zugluft, Nässe_ <input type="checkbox"/>	Pkw _____ <input type="checkbox"/>
Ganztagsarbeit _____ <input type="checkbox"/>	Hitze _____ <input type="checkbox"/>	Lkw _____ <input type="checkbox"/>
Teilzeitarbeit _____ <input type="checkbox"/>	starke Staubentwicklung __ <input type="checkbox"/>	Baumaschinen oder sonstige Fahrzeuge __ <input type="checkbox"/>
andere Arbeitszeitmodelle __ <input type="checkbox"/>	Rauchentwicklung __ <input type="checkbox"/>	Personenbeförderung _ <input type="checkbox"/>
_____	starker Lärm _____ <input type="checkbox"/>	Gefahrguttransport _____ <input type="checkbox"/>
_____	Lärmschutz muss getragen werden ____ <input type="checkbox"/>	Sonstiges
regelmäßige Frühschicht oder Spätschicht _____ <input type="checkbox"/>	Erschütterungen oder Vibrationen _____ <input type="checkbox"/>	Publikumsverkehr _____ <input type="checkbox"/>
regelmäßige Dreischicht __ <input type="checkbox"/>	Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? __ <input type="checkbox"/>	häufige Reisetätigkeit __ <input type="checkbox"/>
nur Nachtschicht _____ <input type="checkbox"/>	_____	Auswärts-Montage _____ <input type="checkbox"/>
starrer maschinen- gebundener Arbeitstakt _____ <input type="checkbox"/>	hautreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/>	Mitarbeiterführung _____ <input type="checkbox"/>
Einzelakkord _____ <input type="checkbox"/>	_____	erhöhte Unfallgefahr ____ <input type="checkbox"/>
Gruppenakkord _____ <input type="checkbox"/>	atemwegsreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/>	außerordentliche Kon- zentration erforderlich __ <input type="checkbox"/>
Beschreibung	_____	lange An- fahrtszeiten _____ Min. . <input type="checkbox"/>
_____	überwiegend im Freien _____ <input type="checkbox"/>	keine geregelten Pausen _____ <input type="checkbox"/>
_____	überwiegend in Rohbauten _____ <input type="checkbox"/>	überwiegend Bildschirmarbeit _____ <input type="checkbox"/>
_____	überwiegend witterungsgeschützt _ <input type="checkbox"/>	besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit) <input type="checkbox"/>
Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche oder andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.		
Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?		

5 Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
von - bis		wegen	
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Falls ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:			
Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Art der Behinderung	GdB	Merkzeichen	seit
	%		

6 Arztbehandlungen

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

7 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

nein ja

Falls ja, wann und von welcher Stelle?

8 Betriebsarzt oder Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja

wegen

Ist ein Betriebsarzt oder Personalarzt vorhanden?

nein ja

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes oder Personalarztes

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

nein ja

9 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?

nein ja

Name und Anschrift des Leistungsträgers

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------