Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan) G0834

Wichtiger Hinweis: Bitte den Stufenplan **während** der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erstellen und nach Zustimmung der Versicherten / des Versicherten und des Arbeitgebers **spätestens am letzten Tag** der Rehabilitationsleistung zusammen mit der Checkliste (Formular G0833) an die Deutsche Rentenversicherung sowie die zuständige Krankenkasse **faxen**.

Versicherter (Name, Vorname)	
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit	tägliche Arbeitszeit in Stunden

Erklärung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Durch eine stufenweise Wiedereingliederung kann die Versicherte / der Versicherte die bisherige Arbeit wieder aufnehmen. Nach meiner ärztlichen Beurteilung und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt / Betriebsarzt empfehle ich mit Einverständnis der Obengenannten / des Obengenannten und nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit:

von	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (gegebenenfalls Einschränkungen)
Wann ist mit einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen?			ab

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Einwilligungserklärung der Versicherten / des Versicherten

Dem vorgeschlagenen Stufenplan stimme ich zu und **willige ein**, dass dieser Stufenplan an die Deutsche Rentenversicherung, meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber weitergeleitet wird. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt (zum Beispiel Hausärztin / Hausarzt) eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die stufenweise Wiedereingliederung abgebrochen werden. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Stufenplan bin ich einverstanden.

☐ nein ☐ ja

Wird nach Ablauf der Entgeltfortzahlung für die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung Arbeitsentgelt gezahlt?

☐ nein ☐ ja, bis _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

G0834-00 DRV
Version 08008 - GAGRB 1/2018 - Stand 12.03.2018