

Patientenaufkleber  
oder Name, Vorname:  
Vers.nr.:

## Sozialmedizinische Stellungnahme zum Leistungsvermögen/Leistungsbild

### A Diagnose(n)

1	
2	
3	

### B Letzte berufliche Tätigkeit

1	Bezeichnung der Tätigkeit
2	Kann diese Tätigkeit auf Dauer weiter ausgeübt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Zeitlicher Umfang <input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden <input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden täglich

### 1 Positives Leistungsbild (folgende Arbeiten können verrichtet werden):

1.1	Körperliche Arbeitsschwere <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere <input type="checkbox"/> mittelschwere <input type="checkbox"/> schwere
1.2	Arbeitshaltung im Stehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise
1.3	Arbeitsorganisation <input type="checkbox"/> Tagschicht <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht

### 2 Negatives Leistungsbild

Was schadet der/dem Betroffenen bzw. ist gesundheitlich nicht möglich:

Arbeitsweg <input type="checkbox"/> Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Wege zu Fuß über (k)m <input type="checkbox"/> Führen eines KfZ
Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Wechselschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Überstunden
Körperliche Belastung <input type="checkbox"/> überwiegendes Sitzen <input type="checkbox"/> überwiegendes Stehen <input type="checkbox"/> längere Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> häufiges Bücken <input type="checkbox"/> häufiges Treppensteigen <input type="checkbox"/> Gehen/Stehen auf unebenem Boden <input type="checkbox"/> häufiges Knien/Hocken <input type="checkbox"/> Lasten heben und tragen über _____ kg <input type="checkbox"/> Klettern/Steigen auf Leitern/Gerüste <input type="checkbox"/> Überkopparbeiten

Umwelteinflüsse		
<input type="checkbox"/> Nässe, Kälte, Zugluft	<input type="checkbox"/> Schmutzarbeit	<input type="checkbox"/> starke Temperaturschwankungen
<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Staub, Dämpfe, Gase	<input type="checkbox"/> Kontakt zu Suchtmitteln
Beanspruchung der Sinne		
<input type="checkbox"/> volles Sehvermögen	<input type="checkbox"/> volle Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/> volles Hörvermögen
<input type="checkbox"/> volles Sprechvermögen	<input type="checkbox"/> Fingergeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Griffsicherheit
<input type="checkbox"/> räumliches Sehen		
Beanspruchung durch Arbeitsorganisation		
<input type="checkbox"/> Zeitdruck/Akkord	<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/> Außendienst/Reisetätigkeit
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> unregelmäßige Pausen	<input type="checkbox"/> Besondere Stressbelastung
Beanspruchung durch Technik		
<input type="checkbox"/> Arbeiten an laufenden Maschinen	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Absturzgefahr	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Lärmbelästigung
<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Strom	<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/> Führen von Taxi/Bus/LKW
Psycho-mentale Belastbarkeit		
<input type="checkbox"/> Konzentrationsvermögen	<input type="checkbox"/> Reaktionsvermögen	<input type="checkbox"/> Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Kontaktfähigkeit	<input type="checkbox"/> gehobene Verantwortung für Personen/Sachen	

Sonstiges
-----------

**3 Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann.**

<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden	<input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden
---	---	--

**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind ärztlicherseits indiziert.**

- Vorlage an den Sozialdienst zur weiteren Veranlassung
- Der/die Versicherte(r) wurde über die anstehende Beratung zu LTA informiert.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt