

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Versicherter: Name, Vorname)

(Rehabilitationseinrichtung)

(Datum)

Zuständiger Kostenträger der Leistung zur medizinischen Rehabilitation: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg <input type="checkbox"/> _____
--

Aufnahmetag: _____

voraussichtlicher Entlassungstag: _____

Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.	•
2.	•
3.	•
4.	•

Es können nach jetziger Einschätzung noch folgende Tätigkeiten verrichtet werden:

in der letzten beruflichen Tätigkeit als: _____

- 6 Stunden und mehr
 3 bis unter 6 Stunden
 unter 3 Stunden

Körperliche Arbeitsschwere:
 schwere Arbeiten
 mittelschwere
 leichte bis mittelschwere
 leichte

Arbeitshaltung:

im Stehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend/häufig <input type="checkbox"/> zeitweise	im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend/häufig <input type="checkbox"/> zeitweise	im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend/häufig <input type="checkbox"/> zeitweise
--	---	--

*(Begriffsdefinition: **ständig** = > 90 % der Arbeitszeit, **überwiegend/häufig** = 51 % - 90 % der Arbeitszeit, **zeitweise** = ca. 10 % der Arbeitszeit)*

Arbeitsorganisation:
 Tagschicht
 Früh-/Spätschicht
 Nachtschicht

Wesentliche Einschränkungen hinsichtlich:

- geistig/psychische Belastbarkeit:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 - Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung und Steuerung komplexerer Arbeitsvorgänge, _____
- Sinnesorgane:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 - Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen, _____
- Bewegungs-/Haltungsapparat:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 - Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen, _____
- Gefährdungs- und Belastungsfaktoren:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 - Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen und Allergene, Lärm (> 85 dB), Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten _____

Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere hinsichtlich der vorgenannten Einschränkungen):

(Unterschrift des Arztes)