



### Einleitung von nachgehendem Fall-Management im Rahmen von MBOR

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

ledig       verheiratet       verwitwet       geschieden       getrennt lebend

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_

Ist der Ehepartner berufstätig:     nein     ja/als: \_\_\_\_\_

Schulbildung:     Hauptschule     Sonderschule     Realschule     Gymnasium

Abschluss mit Klasse: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung:     abgeschlossen als: \_\_\_\_\_

Anlernung zum/zur: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Schwerbehinderter ausgesprochen?     nein     ja (GdB: \_\_\_\_\_ )

Antrag nach dem SGB IX Teil 2 Schwerbehindertenrecht gestellt?     nein     ja

**Zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit:** \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsverhältnis:     besteht    **Größe des Betriebes:** \_\_\_\_\_ **Mitarbeiter**     beendet am \_\_\_\_\_

wegen: \_\_\_\_\_ arbeitslos seit: \_\_\_\_\_

Unfallrente:                    mtl. \_\_\_\_\_ Euro                    MdE: \_\_\_\_\_ %    BG: \_\_\_\_\_

Rente wegen TEM/VEM  
(Erwerbsminderung):                    mtl. \_\_\_\_\_ Euro                    Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Rente beantragt am: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsförderung) beantragt?     nein     ja

Falls ja, bei welchem Träger? \_\_\_\_\_

Ist bereits eine Kostenzusage erteilt?     nein     ja

**Empfehlung aus dem Reha-Verlauf** (wird von der Sozialberatung der Klinik ausgefüllt):

Fallmanagement aus MBOR empfohlen (Ausübung der letzten Tätigkeit gefährdet)

Versicherter noch im bestehenden Arbeitsverhältnis

    Ansprachpartner des Betriebes \_\_\_\_\_

Versicherter arbeitslos

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Fachberater / Sozialdienst