



Ärztlicher Feststellungsbogen für die Einleitung von nachgehendem Fall-Management im Rahmen von MBOR

1. Rehabilitationseinrichtung:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer)

Nichteigene
Einrichtung

Eigene Einrichtung:

Bad Eilsen

Oberharz

Bad Pyrmont

Bad Rothenfelde

2. Ärztliche Stellungnahme - Körperbehinderung und Diagnosen (möglichst als Funktionsdiagnosen):

3. Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere | <input type="checkbox"/> mittelschwere | <input type="checkbox"/> schwere Arbeiten |
| <input type="checkbox"/> vollschichtig | <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Std. täglich | <input type="checkbox"/> unter 3-stündig | |
| <input type="checkbox"/> ohne Wechsel-Nacht-Schicht | <input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) | <input type="checkbox"/> ohne häufiges Klettern oder Steigen | |
| <input type="checkbox"/> ohne besonderes Anpassungsvermögen | <input type="checkbox"/> nur - überwiegend - im Sitzen | <input type="checkbox"/> ohne Absturzgefahr | |
| <input type="checkbox"/> ohne dauerndes - Stehen - Gehen | <input type="checkbox"/> im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen | <input type="checkbox"/> nicht an laufenden Maschinen | |
| <input type="checkbox"/> ohne häufiges Bücken | <input type="checkbox"/> ohne Zwangshaltungen | <input type="checkbox"/> ohne volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände | |
| <input type="checkbox"/> ohne häufige Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> ohne häufiges Knien/Hocken | <input type="checkbox"/> nicht überwiegend im Freien | |
| | | <input type="checkbox"/> ohne längere Anmarschwege (zumutbar _____ m) | |
| | | <input type="checkbox"/> ohne starke Erschütterungen/Vibrationen | |
| | | <input type="checkbox"/> ohne Gefährdung durch Kälte - Hitze - Zugluft - starke Temperaturschwankungen - Lärm - Hautreizstoffe - inhalative Reizstoffe | |
| | | <input type="checkbox"/> Überlastung des re/li Armes sollten vermieden werden | |

4. Berufliche Einschätzung:

- Fallmanagement aus MBOR, weil
- Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit gefährdet bzw. Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nicht möglich
- Anregung:** innerbetriebliche Umsetzung arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen
- Arbeitslosigkeit vorliegt und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich nicht mehr möglich ist
- Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gewünscht (Begründung unter 5. erforderlich)
- Entlassung arbeitsunfähig (AU seit _____) Entlassung arbeitsfähig
- Arbeitsfähigkeit für o.g. Leistungsvermögen erst zu erwarten in _____ Wochen/Monaten

5. Ergänzende Bemerkungen:

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt