Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Ausfertigung für das Team

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Rehabilitationseinrichtung:

Feststellungsbogen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bl. 1)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Stellungnahme der Ärztin / des Arztes

Diagnose:

Welche Belastungen sollten **vermieden** werden? -Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)-

- ☐ überwiegendes Stehen
- ☐ überwiegendes Gehen und Stehen
- ☐ überwiegendes Sitzen
- ☐ Überkopfarbeit
- ☐ Bücken, Hocken, Knien
- ☐ Heben, Tragen und Bewegen von Lasten,
  mehr als _____ kg
- ☐ an laufender Maschine
- ☐ auf Gerüsten und Leitern
- ☐ Lärm
- ☐ Bildschirmarbeit
- ☐ Publikumskontakt
- ☐ sonstige Einschränkungen

- ☐ Hitze
- ☐ Reizende Gase, Stäube, Rauche, starke Gerüche
- ☐ inhalative Allergene
- ☐ Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen
- ☐ Kälte, Zugluft, Durchnässung
- ☐ starke Temperaturschwankungen
- ☐ Kontakt mit Suchtmittel
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ Außendienst / Reisetätigkeit

Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an

- ☐ die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände
  - ☐ Fingergeschicklichkeit
  - ☐ Griffsicherheit
  - ☐ Grobe Kraft
- ☐ die Sinnesorgane:
  - ☐ Sehvermögen trotz Korrektur
  - ☐ räumliches Sehen
  - ☐ volle Farbtüchtigkeit
  - ☐ Hörvermögen
  - ☐ Sprechvermögen
- ☐ die geistige Leistungsfähigkeit
  - ☐ Konzentrationsvermögen
  - ☐ Reaktionsvermögen
  - ☐ Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit
- ☐ die Psyche
  - ☐ Kontaktfähigkeit
  - ☐ gehobene Verantwortung für Personen und Sachen
  - ☐ Stressbelastung

Aufnahmetag	voraussichtliche Entlassung

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

G4406 PDF
V004 - 14.03.2024 - 2

Ausfertigung für den Reha-Berater der Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Rehabilitationseinrichtung:

Feststellungsbogen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bl. 1)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Stellungnahme der Ärztin / des Arztes

Diagnose:

Welche Belastungen sollten **vermieden** werden? -Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)-

- ☐ überwiegendes Stehen
- ☐ überwiegendes Gehen und Stehen
- ☐ überwiegendes Sitzen
- ☐ Überkopfarbeit
- ☐ Bücken, Hocken, Knien
- ☐ Heben, Tragen und Bewegen von Lasten,
  mehr als _____ kg
- ☐ an laufender Maschine
- ☐ auf Gerüsten und Leitern
- ☐ Lärm
- ☐ Bildschirmarbeit
- ☐ Publikumskontakt
- ☐ sonstige Einschränkungen

- ☐ Hitze
- ☐ Reizende Gase, Stäube, Rauche, starke Gerüche
- ☐ inhalative Allergene
- ☐ Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen
- ☐ Kälte, Zugluft, Durchnässung
- ☐ starke Temperaturschwankungen
- ☐ Kontakt mit Suchtmittel
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ Außendienst / Reisetätigkeit

Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an

- ☐ die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände
  - ☐ Fingergeschicklichkeit
  - ☐ Griffsicherheit
  - ☐ Grobe Kraft
- ☐ die Sinnesorgane:
  - ☐ Sehvermögen trotz Korrektur
  - ☐ räumliches Sehen
  - ☐ volle Farbtüchtigkeit
  - ☐ Hörvermögen
  - ☐ Sprechvermögen
- ☐ die geistige Leistungsfähigkeit
  - ☐ Konzentrationsvermögen
  - ☐ Reaktionsvermögen
  - ☐ Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit
- ☐ die Psyche
  - ☐ Kontaktfähigkeit
  - ☐ gehobene Verantwortung für Personen und Sachen
  - ☐ Stressbelastung

Aufnahmetag	voraussichtliche Entlassung

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

G4406 PDF
V004 - 14.03.2024 - 2

Ausfertigung für den Reha-Berater am Wohnort des Versicherten

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Rehabilitationseinrichtung:

Feststellungsbogen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bl. 1)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Diagnose:

Welche Belastungen sollten **vermieden** werden? -Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)-

- ☐ überwiegendes Stehen
- ☐ überwiegendes Gehen und Stehen
- ☐ überwiegendes Sitzen
- ☐ Überkopfarbeit
- ☐ Bücken, Hocken, Knien
- ☐ Heben, Tragen und Bewegen von Lasten,
  mehr als _____ kg
- ☐ an laufender Maschine
- ☐ auf Gerüsten und Leitern
- ☐ Lärm
- ☐ Bildschirmarbeit
- ☐ Publikumskontakt
- ☐ sonstige Einschränkungen

- ☐ Hitze
- ☐ Reizende Gase, Stäube, Rauche, starke Gerüche
- ☐ inhalative Allergene
- ☐ Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen
- ☐ Kälte, Zugluft, Durchnässung
- ☐ starke Temperaturschwankungen
- ☐ Kontakt mit Suchtmittel
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ Außendienst / Reisetätigkeit

Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an

- ☐ die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände
  - ☐ Fingergeschicklichkeit
  - ☐ Griffsicherheit
  - ☐ Grobe Kraft
- ☐ die Sinnesorgane:
  - ☐ Sehvermögen trotz Korrektur
  - ☐ räumliches Sehen
  - ☐ volle Farbtüchtigkeit
  - ☐ Hörvermögen
  - ☐ Sprechvermögen
- ☐ die geistige Leistungsfähigkeit
  - ☐ Konzentrationsvermögen
  - ☐ Reaktionsvermögen
  - ☐ Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit
- ☐ die Psyche
  - ☐ Kontaktfähigkeit
  - ☐ gehobene Verantwortung für Personen und Sachen
  - ☐ Stressbelastung

Aufnahmetag	voraussichtliche Entlassung

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

G4406 PDF
V004 - 14.03.2024 - 2

Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Rehabilitationseinrichtung:

Feststellungsbogen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bl. 1)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Diagnose:

Welche Belastungen sollten **vermieden** werden? -Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)-

- ☐ überwiegendes Stehen
- ☐ überwiegendes Gehen und Stehen
- ☐ überwiegendes Sitzen
- ☐ Überkopfarbeit
- ☐ Bücken, Hocken, Knien
- ☐ Heben, Tragen und Bewegen von Lasten,
  mehr als _____ kg
- ☐ an laufender Maschine
- ☐ auf Gerüsten und Leitern
- ☐ Lärm
- ☐ Bildschirmarbeit
- ☐ Publikumskontakt
- ☐ sonstige Einschränkungen

- ☐ Hitze
- ☐ Reizende Gase, Stäube, Rauche, starke Gerüche
- ☐ inhalative Allergene
- ☐ Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen
- ☐ Kälte, Zugluft, Durchnässung
- ☐ starke Temperaturschwankungen
- ☐ Kontakt mit Suchtmittel
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ Außendienst / Reisetätigkeit

Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an

- ☐ die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände
  - ☐ Fingergeschicklichkeit
  - ☐ Griffsicherheit
  - ☐ Grobe Kraft
- ☐ die Sinnesorgane:
  - ☐ Sehvermögen trotz Korrektur
  - ☐ räumliches Sehen
  - ☐ volle Farbtüchtigkeit
  - ☐ Hörvermögen
  - ☐ Sprechvermögen
- ☐ die geistige Leistungsfähigkeit
  - ☐ Konzentrationsvermögen
  - ☐ Reaktionsvermögen
  - ☐ Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit
- ☐ die Psyche
  - ☐ Kontaktfähigkeit
  - ☐ gehobene Verantwortung für Personen und Sachen
  - ☐ Stressbelastung

Aufnahmetag	voraussichtliche Entlassung

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

G4406 PDF
V004 - 14.03.2024 - 2