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

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Hier: Anlage zur Erhebung der beruflichen Situation

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ergänzend auch ein Bild von Ihrer beruflichen Situation machen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und Ihrem Antrag beizufügen.

Alter: _____ **Jahre**

1 Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

(Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

- ☐ ganztags berufstätig
- ☐ mindestens halbtags berufstätig
- ☐ weniger als halbtags berufstätig
- ☐ Hausfrau / Hausmann
- ☐ arbeitslos / erwerbslos
- ☐ Rentner wegen Erwerbsminderung
- ☐ aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

2 Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

☐ nein ☐ ja

3 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

☐ gar nicht ☐ bis 6 Wochen ☐ bis 3 Monate ☐ bis 6 Monate ☐ mehr als 6 Monate

4 Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?

Der Begriff der Arbeit bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein.

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

5 Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie **alles für Sie Zutreffende** an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft ohne die beantragte Rehabilitationsleistung wahrscheinlich

	Trifft zu		Trifft zu
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	☐	eine Rente beantragen werde	☐
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	☐	arbeitslos sein werde	☐
überhaupt nicht mehr arbeiten kann	☐	krankgeschrieben sein werde	☐
eine andere Arbeit suchen werde	☐	Ich weiß es noch nicht	☐

6 Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile das für Sie Zutreffende** an.)

Ich hoffe, dass	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird	☐	☐	☐	☐	☐
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird	☐	☐	☐	☐	☐
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt	☐	☐	☐	☐	☐

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift

G9590 PDF
V004 - 30.09.2020 - 6