Deutsche Rentenversicherung Hessen
Abteilung Versicherung und Rente
-Ärztliche Untersuchungsstelle-

Telefon
Telefax
www.deutsche-rentenversicherung-hessen.de

Deutsche Rentenversicherung Hessen

bitte Dienststelle wählen

Versicherungsnummer

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

Anlage zum neurologischen Fachgutachten

- Auch bei Gutachten in freier Form in jedem Fall ausfüllen -

a) **Diagnosen des eigenen Fachgebiets in der Reihenfolge ihrer Bedeutung:**
(wenn möglich in deutscher Sprache)

Diagnosenschlüssel ICD-10-GM	Seiten-lokalisation	Diagnose-sicherheit

Welchem dieser Leiden kommt ein erwerbsmindernder Dauereinfluss zu?

b) **Diagnosen anderer Fachgebiete, die besondere Beziehungen zu den vorstehenden Diagnosen haben:**

Wird die Begutachtung auf einem anderen ärztlichen Fachgebiet für erforderlich gehalten?

☐ nein ☐ ja – auf welchem? _____

Versicherungsnummer

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

Gutachterliche Stellungnahme zum Leistungsbild
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Es können auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch folgende Arbeiten verrichtet werden:

a) Schweregrad der Arbeiten

- ☐ keine
- ☐ leichte
- ☐ leichte, zeitweise mittelschwere
- ☐ mittelschwere
- ☐ schwere

b) tägliche zeitliche Belastbarkeit

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

c) Einschränkungen wurden nicht festgestellt.

d) besondere Arbeitsbedingungen / qualitative Einschränkungen

Die untersuchte Person darf nur noch folgende Tätigkeiten verrichten:

- ☐ überwiegend im Sitzen
- ☐ überwiegend im Stehen
- ☐ im Umhergehen
- ☐ in wechselnder Körperhaltung
- ☐ ohne Wechselschicht
- ☐ ohne Nachtschicht
- ☐ ohne besonderen Zeitdruck
- ☐ mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen

  Dauer: _____ Minuten; Häufigkeit: _____ mal

  (Zeitabstände und Dauer der Pausen sowie medizinische Begründung sind in der Epikrise darzulegen.)

- ☐ ohne volle Gebrauchsfähigkeit

  ☐ beider Hände ☐ der linken Hand ☐ der rechten Hand

  (Funktionsdefizite und Rest-Gebrauchsfähigkeit sind in der Epikrise zu beschreiben.)

- ☐ nicht an offen laufenden Maschinen

Versicherungsnummer

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

☐ ohne Einwirkung von:

☐ Kälte ☐ Hitze ☐ Temperaturschwankungen
☐ Zugluft ☐ Nässe ☐ Lärm
☐ chemischen Stoffen ☐ Hautreizstoffen ☐ Gas
☐ Staub ☐ Rauch ☐ Dampf
☐ Dunst ☐ belastenden Gerüchen

☐ ohne längere Anmarschwege
zumutbar sind 4 x _____ Meter und _____ Minuten Dauer

(Die Wegefähigkeit ist dann **nicht** eingeschränkt, wenn 4 x täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter innerhalb von weniger als 20 Minuten Gehzeit zurückgelegt werden kann.
Wird eine eingeschränkte Wegefähigkeit festgestellt, ist dies in der Epikrise ausführlich zu begründen.)

☐ ohne Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

☐ ohne überwiegend einseitige Körperhaltung

☐ ohne Über-Kopf-Arbeiten

☐ ohne häufiges Bücken

☐ ohne häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne technische Hilfsmittel;
zumutbar sind _____ kg

☐ ebenerdig

☐ nicht überwiegend
☐ im Freien ☐ in geschlossenen Räumen

☐ in geschlossenen Räumen

☐ ohne besondere Anforderung an

☐ das Sehvermögen ☐ das Farbsehvermögen ☐ das Hörvermögen
☐ die nervliche Belastung ☐ die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit ☐ die Verantwortung
☐ _____

☐ sonstige Einschränkungen:

Dieser Zustand besteht seit: _____

Eine Besserung ist

☐ nicht unwahrscheinlich bis _____ Monat _____ Jahr

☐ nicht unwahrscheinlich, ein voraussichtlicher Termin kann jedoch nicht genannt werden.
(In diesem Fall wird grundsätzlich eine Zeitrente von drei Jahren gewährt.)

☐ unwahrscheinlich.

Versicherungsnummer

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

3. Sind **Leistungen zur Rehabilitation** der gesetzlichen Rentenversicherung zur Abwendung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit oder zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erfolgversprechend bzw. kann durch solche ein Absinken des Leistungsvermögens auf unter 6 Stunden abgewendet werden?

☐ nein ☐ ja, durch

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ Entwöhnungsbehandlung wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit

☐ Präventiv-Leistungen bei besonders gesundheitsgefährdender Beschäftigung

☐ onkologische Nachsorgeleistungen

☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

(Begründung in der Epikrise)

Ort, Datum

Name oder Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Drucken

Löschen