



Information für Versicherte zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Werks-/Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

die enge Zusammenarbeit zwischen betriebsärztlichem Dienst, Deutscher Rentenversicherung Nord (DRV Nord) und Rehabilitationseinrichtung dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des/der Beschäftigten am Arbeitsleben. Mit diesem Schreiben möchten wir darstellen, wie diese Zusammenarbeit konkret gestaltet wird und bitten durch die Zeichnung der beigefügten Einverständniserklärung um Ihre Zustimmung zum hier beschriebenen Verfahren.

Auf Empfehlungen Ihres Betriebsarztes bzw. Ihrer Betriebsärztin beantragen Sie Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistung) bei der DRV Nord, um eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen zu verhindern. Die DRV Nord und die Reha-Einrichtung können Ihren individuellen Rehabilitationsbedarf besser einschätzen, wenn sie von Ihrem Betriebsarzt bzw. Ihrer Betriebsärztin nicht nur über Ihren Gesundheitszustand sondern auch über Ihre Belastungen am Arbeitsplatz informiert werden. Daher bittet die DRV Nord diesen Arzt/diese Ärztin neben dem ärztlichen Bericht auch eine **Beschreibung Ihres Arbeitsplatzes und Ihrer Arbeitsbelastungen** zu erstellen und sie ihr zu übersenden. Die DRV Nord wird dann Ihren Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin über ihre Entscheidung zum Reha-Antrag informieren.

Um bei der Gestaltung der Rehabilitation die Besonderheiten Ihres Arbeitsplatzes besser zu berücksichtigen, kann es hilfreich sein, dass Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin vor und während der Rehabilitation mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm / ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen. Dies ist ohne Ihre Zustimmung nicht möglich, da Reha-Ärzte bzw. Reha-Ärztinnen und Betriebsärzte bzw. Betriebsärztinnen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Direkt nach Ihrer Rückkehr aus der Rehabilitation und sechs Monate danach wird Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin ein betriebsärztliches Gespräch mit Ihnen führen. Es geht dabei um die weitere Vorgehensweise nach Abschluss der Rehabilitation. In diesen Gesprächen wird insbesondere ermittelt, ob die Rehabilitation hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit erfolgreich war bzw. ob weitere Maßnahmen – ggf. unter Einbeziehung der DRV Nord - zur Sicherung Ihrer Erwerbsfähigkeit im Betrieb erforderlich sind. Basis dieser Gespräche sind die Empfehlungen des Entlassungsberichts der Reha-Einrichtung, den die Reha-Einrichtung mit Ihrem Einverständnis Ihrem Betriebsarzt bzw. Ihrer Betriebsärztin zuschickt.

Der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin wird die Ergebnisse dieser beiden Gespräche anhand besonderer Vordrucke dokumentieren und diese an die DRV Nord schicken. Sie erhalten eine Kopie der ausgefüllten Vordrucke. Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin kann diese Unterlagen an die DRV Nord nur dann schicken, wenn Sie dem zustimmen.

Die Teilnahme an dem Verfahren – wie oben dargestellt - ist freiwillig. Sollten Sie dem nicht zustimmen, haben Sie zu jeder Zeit die Möglichkeit, eine Rehabilitationsmaßnahme bei der DRV Nord z. B. unter Beteiligung Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin zu beantragen. Die DRV Nord wird unter Berücksichtigung des Rehabilitationsbedarfs und der Erfolgsaussicht der beantragten Maßnahme über den Antrag entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

*Im Folgenden für einen besseren Lesefluss als Betriebsarzt bzw. Betriebsärztin bezeichnet.

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten