



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger



per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

Betriebsärztliche Rückmeldung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation – 2. Interventionsmaßnahme/Rückkehrgespräch –

Versicherter/Versicherte

| | |
|---|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort | |

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Entsprach die Durchführung der Reha-Maßnahme Ihren Vorstellungen

bezüglich Funktionsdiagnostik?

 Ja Nein

bezüglich der funktionsverbessernden Therapie?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

2. Wurden die arbeitsplatzrelevanten Funktionseinschränkungen gemindert und/oder die Fähigkeiten mit den verbleibenden Einschränkungen zu arbeiten, verbessert?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

3. Wurden Sie durch den Entlassungsbericht hinreichend über Ablauf, Inhalt und Ergebnisse der Reha-Maßnahme informiert?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

4. Waren die Ausführungen im Entlassungsbericht hilfreich für die berufliche Wiedereingliederung?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

5. Konnten die Empfehlungen im Entlassungsbericht bzgl. des Arbeitsplatzes umgesetzt werden?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

6. Stimmen Sie der sozialmedizinischen Beurteilung im Entlassungsbericht zu?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

7. Stimmen Sie den Aussagen des/der Beschäftigten zum Arbeitsplatz im Entlassungsbericht zu?

 Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt



8. Der/die Beschäftigte ist/wird im Betrieb

- an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt. nicht mehr beschäftigt,
 am alten Arbeitsplatz beschäftigt. weil keine Wiedereingliederung möglich war.
 aus sonstigen Gründen.

9. Führt der/die Beschäftigte eine stufenweise Wiedereingliederung durch?

- Ja, von _____ bis _____
 Nein, nicht nötig.
 Nein, nicht möglich, weil:

10. Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich?

- ja nein
Wenn ja, welche ?
 Beratung durch Reha-Fachberater/in der DRV Nord
 Innerbetriebliche Umsetzung
 Technische oder medizinische Hilfsmittel
 Qualifizierungsmaßnahmen
 Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
 Sonstiges:

11. Kann das Reha-Ergebnis durch die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefestigt werden?

- Ja, welche ? _____
 Nein

12. Bestehen weiterhin konkrete gesundheitliche Einschränkungen, die den Arbeitsplatz gefährden, und weitere therapeutische Interventionen erforderlich machen?

- Ja, welche ? _____
 Nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin

Begründung

Begründung

Begründung



Ausfertigung für den/die Betriebsarzt/Betriebsärztin

per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

**Betriebsärztliche Rückmeldung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation
– 2. Interventionsmaßnahme/Rückkehrgespräch –**

Versicherter/Versicherte

| | |
|---|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort | |

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Entsprach die Durchführung der Reha-Maßnahme Ihren Vorstellungen

bezüglich Funktionsdiagnostik?

Ja

Nein

bezüglich der funktionsverbessernden Therapie?

Ja

Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

2. Wurden die arbeitsplatzrelevanten Funktionseinschränkungen gemindert und/oder die Fähigkeiten mit den verbleibenden Einschränkungen zu arbeiten, verbessert?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

3. Wurden Sie durch den Entlassungsbericht hinreichend über Ablauf, Inhalt und Ergebnisse der Reha-Maßnahme informiert?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

4. Waren die Ausführungen im Entlassungsbericht hilfreich für die berufliche Wiedereingliederung?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

5. Konnten die Empfehlungen im Entlassungsbericht bzgl. des Arbeitsplatzes umgesetzt werden?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

6. Stimmen Sie der sozialmedizinischen Beurteilung im Entlassungsbericht zu?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

7. Stimmen Sie den Aussagen des/der Beschäftigten zum Arbeitsplatz im Entlassungsbericht zu?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt



8. Der/die Beschäftigte ist/wird im Betrieb

- an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt. nicht mehr beschäftigt,
 am alten Arbeitsplatz beschäftigt. weil keine Wiedereingliederung möglich war.
 aus sonstigen Gründen.

9. Führt der/die Beschäftigte eine stufenweise Wiedereingliederung durch?

- Ja, von _____ bis _____
 Nein, nicht nötig.
 Nein, nicht möglich, weil:

10. Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich?

- ja nein
Wenn ja, welche ?
 Beratung durch Reha-Fachberater/in der DRV Nord
 Innerbetriebliche Umsetzung
 Technische oder medizinische Hilfsmittel
 Qualifizierungsmaßnahmen
 Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
 Sonstiges:

11. Kann das Reha-Ergebnis durch die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefestigt werden?

- Ja, welche ? _____
 Nein

12. Bestehen weiterhin konkrete gesundheitliche Einschränkungen, die den Arbeitsplatz gefährden, und weitere therapeutische Interventionen erforderlich machen?

- Ja, welche ? _____
 Nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin



Ausfertigung für den/die Versicherten/Versicherte

per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

**Betriebsärztliche Rückmeldung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation
– 2. Interventionsmaßnahme/Rückkehrgespräch –**

Versicherter/Versicherte

| | |
|---|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort | |

Bitte Zutreffendes ankreuzen

**1. Entsprach die Durchführung der Reha-Maßnahme Ihren Vorstellungen
bezüglich Funktionsdiagnostik?**

Ja Nein

bezüglich der funktionsverbessernden Therapie? Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

**2. Wurden die arbeitsplatzrelevanten Funktionseinschränkungen gemindert und/oder die
Fähigkeiten mit den verbleibenden Einschränkungen zu arbeiten, verbessert?**

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

**3. Wurden Sie durch den Entlassungsbericht hinreichend über Ablauf, Inhalt und Ergebnis
der Reha-Maßnahme informiert?**

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

**4. Waren die Ausführungen im Entlassungsbericht hilfreich für die berufliche Wiederein-
gliederung?**

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

**5. Konnten die Empfehlungen im Entlassungsbericht bzgl. des Arbeitsplatzes umgesetzt
werden?**

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

6. Stimmen Sie der sozialmedizinischen Beurteilung im Entlassungsbericht zu?

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt

**7. Stimmen Sie den Aussagen des/der Beschäftigten zum Arbeitsplatz im Entlassungsbe-
richt zu?**

Ja Nein

ggf. Begründung auf Beiblatt



8. Der/die Beschäftigte ist/wird im Betrieb

- an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt. nicht mehr beschäftigt,
 am alten Arbeitsplatz beschäftigt. weil keine Wiedereingliederung möglich war.
 aus sonstigen Gründen.

9. Führt der/die Beschäftigte eine stufenweise Wiedereingliederung durch?

- Ja, von _____ bis _____
 Nein, nicht nötig.
 Nein, nicht möglich, weil:

10. Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich?

- ja nein
Wenn ja, welche ?
 Beratung durch Reha-Fachberater/in der DRV Nord
 Innerbetriebliche Umsetzung
 Technische oder medizinische Hilfsmittel
 Qualifizierungsmaßnahmen
 Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
 Sonstiges:

11. Kann das Reha-Ergebnis durch die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefestigt werden?

- Ja, welche ? _____
 Nein

12. Bestehen weiterhin konkrete gesundheitliche Einschränkungen, die den Arbeitsplatz gefährden, und weitere therapeutische Interventionen erforderlich machen?

- Ja, welche ? _____
 Nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin