



Werks-/Betriebsarzt

Absender: Reha-Einrichtung

Datum \_\_\_\_\_

### **Rückmeldung über die Nachhaltigkeit der durchgeführten Leistung zur Teilhabe (WeB-Reha)**

für die/den Beschäftigte(n)

Herrn / Frau	Vorname	Name	Geburtsdatum
Adresse:	Straße und Hausnummer des Wohnortes		
	Postleitzahl	Wohnort	
Versicherungsnummer:	_____		

Sehr geehrte(r) Frau Kollegin / Herr Kollege,

für die/den o.a. Beschäftigte(n) ist vor einigen Monaten eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in unserer Rehabilitationseinrichtung erbracht worden. Für unsere interne Qualitätssicherung möchten wir Sie um eine Stellungnahme zur Nachhaltigkeit der Leistung bitten.

Wir bitten Sie daher den als Anlage beigefügten Fragebogen zu beantworten und anschließend an uns zu übersenden.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe,  
mit freundlichen Grüßen

**Anlage**  
Rückmeldung



**Urschriftlich zurück an**

Reha-Einrichtung

[ ]

Absender: Werks-/Betriebsarzt

[ ]

Ihre Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Rückmeldung über die Nachhaltigkeit der durchgeführten Leistung zur Teilhabe (WeB-Reha)**

für die/den Beschäftigte(n)

Herrn / Frau	Vorname	Name	Geburtsdatum
_____ Straße und Hausnummer des Wohnortes			
Adresse:	Postleitzahl	Wohnort	
_____ _____			
Versicherungsnummer:	_____		

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
  - wurde der/die Beschäftigte
    - unmittelbar wiedereingegliedert.
    - stufenweise wiedereingegliedert
      - erfolgreich.
      - nicht erfolgreich.
  - erhielt der/die Beschäftigte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die/Der Beschäftigte ist zur Zeit
  - im Betrieb beschäftigt
    - am alten Arbeitsplatz.
    - an einem neuen Arbeitsplatz.
  - nicht mehr beschäftigt
    - aus gesundheitlichen Gründen.
    - aus sonstigen Gründen.
- In der sozialmedizinischen Bewertung stimme ich mit der Ärztin / dem Arzt der Reha-Einrichtung überein.
  - ja  nein
- Die sozialmedizinische Bewertung ist hilfreich für die berufliche Wiedereingliederung gewesen.
  - ja  nein
- Zur Zeit liegen mir keine aktuellen Informationen über die/den Beschäftigte(n) vor.
- Hinweise der/des Werks-/Betriebsärztin/arztes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes