



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)

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