

Versicherungsnummer
Name, Vorname, Anschrift

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag

Erklärung des Versicherten im Zusammenhang mit der Kooperation zwischen Werksärzten und Betriebsärzten und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (WeB-Reha)

Die Hinweise betreffen selbstverständlich Frauen und Männer gleichermaßen.

Im Text haben wir uns zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werksärzten und Betriebsärzten, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe der Beschäftigten am Arbeitsleben. Hierdurch erfüllt die Deutsche Rentenversicherung Westfalen als Rehabilitationsleistungsträger einen Auftrag des Gesetzgebers, nämlich durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

1. **Ich willige ein**, dass der Werksarzt oder Betriebsarzt zu Ihren gesundheitlichen Einschränkungen einen Befundbericht / ein medizinisches Gutachten einschließlich **einer Beschreibung Ihres Arbeitsplatzes** erstellt und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersendet.

Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Arzt der Rehabilitationseinrichtung einen Überblick zu den gesundheitlichen Problemen sowie über die wesentlichen Arbeitsplatzanforderungen und Arbeitsplatzprobleme erhält. Dazu werden Daten zum Krankheitsbild, zur Krankheitsvorgeschichte, zu aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen, zu bestehenden Risikofaktoren und psychosozialen Belastungsfaktoren, zu Untersuchungsbefunden und bisherigen Therapien sowie weitere Informationen, die Einfluss auf die Bewilligung und Durchführung der Rehabilitation haben, vom Werksarzt oder Betriebsarzt erhoben und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersandt.

ja nein

2. **Ich willige ein**, dass diese Unterlagen (Befundbericht / medizinisches Gutachten)

a) der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung gestellt werden.

ja nein

b) dem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden.

ja nein

3. **Ich willige ein**, dass der Werksarzt oder Betriebsarzt von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen über die Entscheidung zu Ihrem Rehabilitationsantrag informiert wird.

ja nein

4. **Ich willige ein**, dass der Werksarzt oder Betriebsarzt vor, während und nach der Rehabilitation Kontakt mit dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung aufnehmen kann, um mit ihm Rehabilitationsschwerpunkte und Rehabilitationsinhalte abzustimmen.

ja nein

5. **Ich willige ein**, dass der Werksarzt oder Betriebsarzt von der Rehabilitationseinrichtung über das Ergebnis der Rehabilitation informiert wird.

Hierzu wird die Rehabilitationseinrichtung einen ärztlichen Entlassungsbericht erstellen sowie Hinweise zum Leistungsvermögen am Arbeitsplatz geben. Die wesentlichen Inhalte der zu übermittelnden Informationen werden zwischen dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung und dem Patienten vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.

ja nein

6. **Ich willige ein**, dass der Werksarzt oder Betriebsarzt ungefähr 6 Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung gegenüber der Deutschen Rentenversicherung eine Stellungnahme zur Nachhaltigkeit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgibt.

Die Einrichtung erhält damit eine Rückmeldung über den Erfolg der Leistung.

ja nein

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungen freiwillig sind. Verweigere ich die Einwilligungen komplett oder teilweise, kann ich trotzdem – bei Erfüllung der gesetzlich geforderten Voraussetzungen – eine Leistung zur Teilhabe erhalten. Die Einwilligungserklärung kann von mir, auch zu einzelnen Punkten, mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers