



Versicherungsnummer

Kurzbericht des Sozialdienstes der Rehabilitationseinrichtung

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Telefon
Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	telefonisch am besten erreichbar (von – bis)

Im Rahmen der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurden mit der Versicherten / dem Versicherten Beratungsgespräche geführt.	Anzahl der Gespräche
--	----------------------

Beratungsthemen

<input type="checkbox"/> berufliche Situation	<input type="checkbox"/> innerbetriebliche Umsetzung	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzkonfliktproblematik
<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> wirtschaftliche Absicherung
<input type="checkbox"/> familiäre Probleme	<input type="checkbox"/> Rentenfragen	
<input type="checkbox"/> sonstige Probleme:		

Ergebnisse der Beratung

Selbsteinschätzung der Versicherten / des Versicherten
 Versicherte / Versicherter glaubt, alte Tätigkeit nicht mehr ausüben zu können, weil

<input type="checkbox"/> die Arbeit zu schwere Anteile enthält	<input type="checkbox"/> zu großer Leistungsdruck besteht	<input type="checkbox"/> ein Arbeitsplatzkonflikt vorliegt
<input type="checkbox"/> andere Gründe:		

Einschätzung zur Umsetzungsmöglichkeit

<input type="checkbox"/> ja, möglich	<input type="checkbox"/> vielleicht, muss gemeinsam mit Arbeitgeber erörtert werden	<input type="checkbox"/> nein, wohl nicht möglich
<input type="checkbox"/> Versicherte / Versicherter kann sich eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nicht vorstellen		

Kontaktadresse des Arbeitgebers

Name der Ansprechpartnerin / des Ansprechpartners	Telefon
---	---------

Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber

<input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme während der medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
---	--

Ansprechpartner

<input type="checkbox"/> Betriebsrat	<input type="checkbox"/> Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> Personalabteilung	<input type="checkbox"/> Sonstige:
--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------

Verabredungen

Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Einleitung LTA (Direktverfahren DRV Westfalen)	<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung wurde gestellt
<input type="checkbox"/> Rentenauskunft wurde eingeholt	
<input type="checkbox"/> Vermittlung an folgende Beratungsinstitution _____	
<input type="checkbox"/> sonstige Maßnahmen:	

Besondere Hinweise

Stempel des Sozialdienstes	Name der Beraterin / des Beraters	Datum und Unterschrift
	Telefon	