

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

G0833

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bei Mehrfachbeschäftigten: Diese Checkliste bezieht sich auf folgende ausgeübte Tätigkeit / Arbeitgeber:

1 Tag der Beendigung der Rehabilitationsleistung: _____

Die Checkliste ist an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse der Versicherten / des Versicherten weiterzuleiten.

2 Stufenweise Wiedereingliederung ist erforderlich

nein, weil

kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit ist auch ohne stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von 4 Wochen zu erwarten)

Arbeitsfähigkeit kann voraussichtlich durch stufenweise Wiedereingliederung nicht wiederhergestellt

werden, weil _____

Nachsorge ausreichend, weil _____

Sonstiges: _____

ja, weiter bei Ziffer 3

3 Stufenweise Wiedereingliederung wurde eingeleitet

nein, weil

Zustimmung der Versicherten / des Versicherten liegt nicht vor

Zustimmung des Arbeitgebers liegt nicht vor

Arbeitgeber konnte nicht erreicht werden

tägliche Mindestarbeitszeit von 2 Stunden ist innerhalb von 4 Wochen nicht erreichbar

Sonstiges: _____

ja, siehe Stufenplan (Anlage)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Einwilligungserklärung der Versicherten / des Versicherten: Ich willige ein, dass diese Checkliste an meine Krankenkasse weitergeleitet wird. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Checkliste an Krankenkasse gefaxt am _____



