



per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Betriebsärztliche Rückmeldung zur Wiedereingliederung sechs Monate nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation – 3. Interventionsmaßnahme/Evaluation –

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Der/die Beschäftigte ist am alten Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
- ☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen, nach Umgestaltung des Arbeitsplatzes.
- ☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
ggf. Begründung auf Beiblatt
- ☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

2. Der/die Beschäftigte ist im Betrieb an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ Aus sonstigen Gründen.
- ☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
- ☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
ggf. Begründung auf Beiblatt
- ☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

3. Der/die Beschäftigte ist nicht mehr im Betrieb beschäftigt,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ aus sonstigen Gründen.

4. Der/die Beschäftigte war nach Abschluss der Reha arbeitsunfähig krank,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen.
Wenn aus reha-relevanten Gründen, wie lange? Tage
- ☐ aus sonstigen Gründen.

5. Falls es eine stufenweise Wiedereingliederung nach der Reha gab:

- ☐ Die stufenweise Wiedereingliederung wurde erfolgreich abgeschlossen.
- ☐ Die stufenweise Wiedereingliederung musste abgebrochen werden.



6. Sind weitere Leistungen zur Teilhabe erforderlich? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Innerbetriebliche Umsetzung
- ☐ Technische oder medizinische Hilfsmittel
- ☐ Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Beratung durch Reha-Fachberater/in
- ☐ Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
- ☐ Keine weiteren Leistungen erforderlich
- ☐ Sonstiges:

7. Wer wurde in den Wiedereingliederungsprozess eingebunden? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Betriebsleitung
- ☐ Betriebsrat/-rätin
- ☐ Schwerbehindertenvertreter/in
- ☐ Fachberater/in der DRV Nord
- ☐ Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation der DRV Nord
- ☐ Sonstige (Bsp.: Integrationsfachdienst)
- ☐ Keine weiteren Personen
- ☐ Haus/Fachärzte/Fachärztinnen

8. Hinweise des Betriebsarztes/der Betriebsärztin:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin



An die
Deutsche Rentenversicherung Nord

Sicherung des Erfolgs von Rehabilitationsmaßnahmen

Abrechnung des werks-/betriebsärztlichen Berichts nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation (3. Interventionsmaßnahme)

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hinweis:

Ohne Ihre genauen Angaben kann eine Erstattung nicht erfolgen.

Das Honorar für die **3. Interventionsmaßnahme** in Höhe von **25,00 €** soll angewiesen werden:

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto des Antragstellers/der Antragstellerin überwiesen werden soll.	
Kontoinhaber/in (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Steuer-Nr.	

Institutionskennzeichen des Werks-/Betriebsarztes/der Werks-/Betriebsärztin
(falls für Sie ein eigenes Institutionskennzeichen vergeben wurde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin mit genauer Anschrift
(Stempel)

Begründung

Begründung

Begründung



Ausfertigung für den/die Betriebsarzt/Betriebsärztin

per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

Versicherungsnummer

Betriebsärztliche Rückmeldung zur Wiedereingliederung sechs Monate nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation – 3. Interventionsmaßnahme/Evaluation –

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Der/die Beschäftigte ist am alten Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen, nach Umgestaltung des Arbeitsplatzes.
☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
 ggf. Begründung auf Beiblatt
☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

2. Der/die Beschäftigte ist im Betrieb an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ Aus sonstigen Gründen.
☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
 ggf. Begründung auf Beiblatt
☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

3. Der/die Beschäftigte ist nicht mehr im Betrieb beschäftigt,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ aus sonstigen Gründen.

4. Der/die Beschäftigte war nach Abschluss der Reha arbeitsunfähig krank,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen.
 Wenn aus reha-relevanten Gründen, wie lange? Tage
☐ aus sonstigen Gründen.

5. Falls es eine stufenweise Wiedereingliederung nach der Reha gab:

- ☐ Die stufenweise Wiedereingliederung wurde erfolgreich abgeschlossen.
☐ Die stufenweise Wiedereingliederung musste abgebrochen werden.



6. Sind weitere Leistungen zur Teilhabe erforderlich? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Innerbetriebliche Umsetzung
- ☐ Technische oder medizinische Hilfsmittel
- ☐ Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Beratung durch Reha-Fachberater/in
- ☐ Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
- ☐ Keine weiteren Leistungen erforderlich
- ☐ Sonstiges:

7. Wer wurde in den Wiedereingliederungsprozess eingebunden? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Betriebsleitung
- ☐ Betriebsrat/-rätin
- ☐ Schwerbehindertenvertreter/in
- ☐ Fachberater/in der DRV Nord
- ☐ Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation der DRV Nord
- ☐ Sonstige (Bsp.: Integrationsfachdienst)
- ☐ Keine weiteren Personen
- ☐ Haus/Fachärzte/Fachärztinnen

8. Hinweise des Betriebsarztes/der Betriebsärztin:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin



An die
Deutsche Rentenversicherung Nord

Sicherung des Erfolgs von Rehabilitationsmaßnahmen

Abrechnung des werks-/betriebsärztlichen Berichts nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation (3. Interventionsmaßnahme)

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hinweis:

Ohne Ihre genauen Angaben kann eine Erstattung nicht erfolgen.

Das Honorar für die **3. Interventionsmaßnahme** in Höhe von **25,00 €** soll angewiesen werden:

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto des Antragstellers/der Antragstellerin überwiesen werden soll.	
Kontoinhaber/in (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Steuer-Nr.	

Institutionskennzeichen des Werks-/Betriebsarztes/der Werks-/Betriebsärztin
(falls für Sie ein eigenes Institutionskennzeichen vergeben wurde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin mit genauer Anschrift
(Stempel)



Ausfertigung für den/die Versicherten/Versicherte

per Fax an die
Deutsche Rentenversicherung Nord

Versicherungsnummer

Betriebsärztliche Rückmeldung zur Wiedereingliederung sechs Monate nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation – 3. Interventionsmaßnahme/Evaluation –

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Der/die Beschäftigte ist am alten Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen, nach Umgestaltung des Arbeitsplatzes.
☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
 ggf. Begründung auf Beiblatt
☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

2. Der/die Beschäftigte ist im Betrieb an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt (mehrere Angaben möglich).

- ☐ Aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ Aus sonstigen Gründen.
☐ Die Tätigkeit entspricht dem Leistungsvermögen.
☐ Die Tätigkeit entspricht **nicht** dem Leistungsvermögen.
 ggf. Begründung auf Beiblatt
☐ Die Stundenzahl / Woche musste aus gesundheitlichen Gründen reduziert werden.

3. Der/die Beschäftigte ist nicht mehr im Betrieb beschäftigt,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen. ☐ aus sonstigen Gründen.

4. Der/die Beschäftigte war nach Abschluss der Reha arbeitsunfähig krank,

- ☐ aus reha-relevanten gesundheitlichen Gründen.
 Wenn aus reha-relevanten Gründen, wie lange? Tage
☐ aus sonstigen Gründen.

5. Falls es eine stufenweise Wiedereingliederung nach der Reha gab:

- ☐ Die stufenweise Wiedereingliederung wurde erfolgreich abgeschlossen.
☐ Die stufenweise Wiedereingliederung musste abgebrochen werden.



6. Sind weitere Leistungen zur Teilhabe erforderlich? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Innerbetriebliche Umsetzung
- ☐ Technische oder medizinische Hilfsmittel
- ☐ Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Beratung durch Reha-Fachberater/in
- ☐ Minderleistungsausgleich oder Arbeitsassistenz
- ☐ Keine weiteren Leistungen erforderlich
- ☐ Sonstiges:

7. Wer wurde in den Wiedereingliederungsprozess eingebunden? (mehrere Angaben möglich)

- ☐ Betriebsleitung
- ☐ Betriebsrat/-rätin
- ☐ Schwerbehindertenvertreter/in
- ☐ Fachberater/in der DRV Nord
- ☐ Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation der DRV Nord
- ☐ Sonstige (Bsp.: Integrationsfachdienst)
- ☐ Keine weiteren Personen
- ☐ Haus/Fachärzte/Fachärztinnen

8. Hinweise des Betriebsarztes/der Betriebsärztin:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/-ärztin