



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht**

**5 Risikofaktoren / Gefährdung durch**

Alkohol  Nikotin

sonstige: \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_

**6 Belastungsfaktoren**

**6.1 Tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren**

**6.2 Soziale Belastungsfaktoren**

**7 Allgemein Befunde**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm RR: \_\_\_\_\_ mm Hg Puls: \_\_\_\_\_

**8 Folgende Ziele sollen mit der Präventionsleistung erreicht werden:**

**9 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des sozialmedizinischen Dienstes  der Präventionseinrichtung

**10 Antrag erfolgt auf meine Anregung**

nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Telefonnummer

