Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Prävention

G0185

Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja

von - bis	wegen

2 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren

☐ Andauernde Schlafstörungen
☐ Luftnot bei körperlicher Belastung
☐ Häufige Rückenschmerzen
☐ Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen
☐ Sonstige (bitte nachfolgend erläutern)
☐ Nikotinkonsum
☐ Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch
☐ Häufiger Alkoholkonsum

Belastungsfaktoren ☐ beruflich ☐ aus dem privaten Umfeld

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

3 Arztbehandlungen (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

4 Angaben zum Arbeitsplatz

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Beschäftigungsort

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis

G0185-00 DRV
Version 03003 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Arbeitsplatzprofil

Allgemeine Bedingungen	ständig	überwiegend	zeitweise	Für mich problematisch
Sitzen	☐	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Heben / Tragen (ohne Hilfsmittel)				
unter 10 kg	☐	☐	☐	☐
über 10 kg	☐	☐	☐	☐
Tiefes Bücken	☐	☐	☐	☐
Zwangshaltung der Wirbelsäule	☐	☐	☐	☐
Überkopfarbeit	☐	☐	☐	☐
Kraftvolles Ziehen / Schieben / Greifen	☐	☐	☐	☐
hohe Anforderung an Feinarbeit	☐	☐	☐	☐
Steigen / Hocken / Knien	☐	☐	☐	☐
Witterung / Hitze / Lärm	☐	☐	☐	☐
Atemwegbelastung	☐	☐	☐	☐
Hautbelastung	☐	☐	☐	☐
Erschütterung / Vibrationen	☐	☐	☐	☐
Arbeitsorganisation				
Hohe Verantwortung	☐	☐	☐	☐
Personalverantwortung	☐	☐	☐	☐
Zeit / Termindruck	☐	☐	☐	☐
Umgang mit emotional belastenden Situationen	☐	☐	☐	☐
fehlende soziale Unterstützung	☐	☐	☐	☐
Bildschirmarbeit	☐	☐	☐	☐
geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung	☐	☐	☐	☐
komplexe Aufgaben	☐	☐	☐	☐
Teamarbeit	☐	☐	☐	☐
Publikumsverkehr	☐	☐	☐	☐

Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):

Arbeitszeit _____ Stunden / Tag _____ Stunden / Woche

Akkordarbeit	☐
Mehrschicht / Wechselschicht	☐
Dauernachtschicht	☐
Häufige Überstunden	☐
Berufskraftfahren	
Pkw, Lkw, sonstige Fahrzeuge	☐
Personenbeförderung	☐

Welche weiteren Umstände Ihrer beruflichen Tätigkeit belasten Sie gegenwärtig?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5 Welche Ziele wollen Sie mit der Präventionsleistung erreichen?

☐ Verbesserung der körperlichen Verfassung

☐ Ernährungsumstellung

☐ Erlernen von Stressbewältigung

☐ Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alltagsdrogen (Tabak, Alkohol)

Ergänzungen:

6 Betriebsarzt / Werksarzt

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

☐ nein ☐ ja

Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon

Anschrift

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wegen:

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mein Betriebsarzt / Werksarzt eine Ausfertigung der Entlassungsdokumentation erhält.

☐ nein ☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift

G0185-00 DRV
Version 03003 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017