

Versicherungsnummer
 

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

# G130

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**1 Schulausbildung**

	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<small>Art der Schule</small>	
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Hochschule / Universität	Schuljahre oder Semester von - bis
Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen	

**2 Berufsausbildung**
**2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?**

Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

**2.2 Abgebrochene Berufsausbildung**

als	warum abgebrochen?	am

**2.3 Anlernberuf**

als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

**2.4** Sind Sie schon einmal umgeschult worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Umschulungsberuf	von - bis
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		
Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?		Aktenzeichen
Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?		

**2.5** Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art und Zeitraum
---	------------------

**2.6** Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sprache und Beherrschungsgrad
---	-------------------------------

**3** Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

**4** Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Arbeitslos gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?	
Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:		

**Arbeitshaltung**

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Heben / Tragen**

Art der Lasten: \_\_\_\_\_

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein  ja, folgende

weitere Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Arbeitsorganisation**

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

Ganztagsarbeit

Teilzeitarbeit

andere Arbeitszeitmodelle \_\_\_\_\_

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht

nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord  Gruppenakkord

Beschreibung \_\_\_\_\_

**Äußere Einflüsse**

Kälte, Zugluft, Nässe

Hitze

starke Staubentwicklung

Rauchentwicklung

starker Lärm

Lärmschutz muss getragen werden

Erschütterungen / Vibrationen

Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? \_\_\_\_\_

hautreizende Stoffe, welche? \_\_\_\_\_

atemwegsreizende Stoffe, welche? \_\_\_\_\_

überwiegend im Freien

überwiegend in Rohbauten

überwiegend witterungsgeschützt

**Berufliches Kraftfahren**

Pkw

Lkw

Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge

Personenbeförderung

Gefahrguttransport

**Sonstiges**

Publikumsverkehr

häufige Reisetätigkeit

Auswärts-Montage

Mitarbeiterführung

erhöhte Unfallgefahr

außerordentliche Konzentration erforderlich

lange Anfahrtszeiten \_\_\_\_\_ Minuten

keine geregelten Pausen

überwiegend Bildschirmarbeit

besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche beziehungsweise andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

**5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme**

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

 nein     ja    von - bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

 nein     ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

 nein     ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkmale	seit

**6 Arztbehandlungen**

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

**7 Begutachtungen**

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

 nein     ja, wann und von welcher Stelle? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
**8 Betriebsarzt / Personalarzt**

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

 nein     ja, wegen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

 nein     ja, Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

 nein     ja
**9 Bereits gestellte Anträge**

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?

 nein     ja, Name und Anschrift des Leistungsträgers \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_