

Versicherungsnummer

# G130

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

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

### 1 Schulausbildung

|                                                                                             |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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               |
| <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 |
|-----|-----------|----------------------------|
|     |           |                            |



**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

Merkzeichen

seit

**6 Arztbehandlungen**

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

Name 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?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

☐ nein ☐ ja

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)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

☐ nein ☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift