





Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

Weiter mit Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

nein  ja, am

bei welcher Agentur für Arbeit?

Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?

nein  ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

**Arbeitshaltung**

ständig      überwiegend      zeitweise

stehend  
gehend  
sitzend  
gebückt  
Arme über Brusthöhe  
kniend / hockend  
auf Gerüsten / Leitern

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Weiter mit Ziffer 4

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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 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?

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