

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

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

G0130

| | |
|---------------|--------------|
| 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 <small>Art der Schule</small> | 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 |
| Berufsausbildung als | von - bis | Art der abgelegten Prüfung |

2.2 Abgebrochene Berufsausbildung

| | | |
|-----|--------------------|----|
| als | warum abgebrochen? | am |
|-----|--------------------|----|



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

2.3 Anlernberuf

| | | |
|-----|-----------|----------------------------|
| als | von - bis | Art der abgelegten Prüfung |
| als | von - bis | Art der abgelegten Prüfung |

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?

| | |
|---|-----------|
| Umschulungsberuf | von - bis |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |

Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?

Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?

nein ja

| | |
|---|--------------|
| 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?

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

Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?

nein ja

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

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

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

| von - bis | Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) | Aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung) |
|-----------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

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? | bei welcher Agentur für Arbeit? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

bei welcher Agentur für Arbeit?

nein ja, am

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

nein ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

Heben / Tragen

ständig überwiegend zeitweise

Art der Lasten:

| | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Äußere Einflüsse

Berufliches Kraftfahren

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

- 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

- 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)

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht
 nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord

Beschreibung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch 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) | MSAT / MSNR |
| | | |

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 _____



