



Aktenzeichen:

D. Sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich.)

1. Positives und negatives Leistungsbild (allgemeiner Arbeitsmarkt)

1.1 Positives Leistungsbild, folgende Arbeiten können verrichtet werden:

körperliche Arbeitsschwere

schwer mittelschwer leicht bis mittelschwer leicht

zumutbare Arbeitshaltung

im Stehen

ständig überwiegend zeitweise

im Gehen

ständig überwiegend zeitweise

im Sitzen

ständig überwiegend zeitweise

Arbeitsorganisation

Tagschicht

Früh-/Spätschicht

Nachtschicht

1.2 Negatives Leistungsbild

keine wesentlichen Einschränkungen

Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 2 beschrieben werden.)

geistig/psychische Belastbarkeit

(Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs- und Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)

Sinnesorgane

(Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Tast- und Riechvermögen.)

Bewegungs-/Haltungsapparat

(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen.)

Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

2. Beschreibung des Leistungsbildes insbesondere der unter Ziffer 1.2 genannten Einschränkungen

(Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt beifügen.)

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

Werden nicht übliche Pausen während der Arbeitszeit benötigt?

ja nein

Wird eine gegebenenfalls noch ausgeübte Beschäftigung/Tätigkeit, sofern sie über das festgestellte Restleistungsvermögen hinaus geht, auf Kosten der Restgesundheit ausgeübt?

ja nein

Können Wegstrecken von mehr als 500 m 4 mal täglich zurückgelegt werden?

ja nein

Falls nein, hat der Versicherte einen Kraftfahrzeug(Kfz)-Führerschein?

ja nein

Hat der Versicherte ein eigenes Kfz?

ja nein

Ist die Kfz-Benutzung zumutbar?

ja nein



Aktenzeichen:

| 4. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (als Funktionsdiagnosen) | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.) | Seiten-lo- kalisierung | Diagnose- sicherheit | |
|--|---|---|---|---|
| 1. <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose |
| 2. <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | |
| 3. <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | |
| 4. <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | |
| 5. <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | |

5. Falls eine quantitative Leistungsminderung festgestellt wurde, seit wann besteht diese?

 Tag, Monat, Jahr

Besserung unwahrscheinlich?
 nein ja, bitte begründen:

Dauer der Leistungsminderung weniger als 3 Jahre?
 nein ja, voraussichtlich bis _____
 Tag, Monat, Jahr

6. Die Gesundheitsschäden/Leistungsminderung wurde(n) wahrscheinlich verursacht durch
 Arbeitsunfall Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung
 Fremdverschulden (z. B. Verkehrsunfall)

7. Werden medizinische Rehabilitationsleistungen zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder ge-
 minderten Leistungsfähigkeit vorgeschlagen? (Begründung in der abschließenden Beurteilung des Krankheitsver-
 laufs; falls ja, bitte Abschnitt E ausfüllen.)
 nein ja

8. Kann bei Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung
 der Versicherte seine Angelegenheiten selbst besorgen?
 nein ja

9. Wurden wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen festgestellt?
 nein
 ja, und zwar
 am _____ wurde _____ davon unterrichtet.
 Tag, Monat, Jahr Name des Versicherten
 am _____ wurde _____ davon unterrichtet.
 Tag, Monat, Jahr Name des behandelnden Arztes

10. Für die Fahrt zur Untersuchung war/waren erforderlich
 a) öffentliche Verkehrsmittel nein ja
 b) PKW nein ja
 c) eine Begleitperson nein ja



Aktenzeichen:

E. Angaben bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Kann voraussichtlich durch Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 7 ALG (vgl. § 9 SGB VI)
- a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische Leistungen abgewendet werden
 nein ja
- b) oder bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch medizinische Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden?
 nein ja
- Ist eine ambulante haus- oder fachärztliche Behandlung ausreichend?
 nein ja
- Sind medizinische Vorsorgeleistungen der Krankenversicherung ausreichend?
 nein ja
- Erscheint Krankenhausbehandlung notwendig?
 nein ja
2. In welcher Form werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorgeschlagen?
 ambulant stationär
- Wo liegt der Behandlungsschwerpunkt (Diagnoseschlüssel ICD-10-GM)? _____
- Terminwunsch
 sofort ab _____
Tag, Monat, Jahr
3. Ist aus gesundheitlichen Gründen eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich? (Begründung unter Ziffer 5)
 nein ja
4. Ist der Untersuchte rehabilitationsfähig?
 nein ja
- Ist der Untersuchte reisefähig zum Rehabilitationsort?
 nein ja
- Für die Fahrt zum Rehabilitationsort ist/sind erforderlich
- a) öffentliche Verkehrsmittel nein ja
- b) PKW nein ja
- c) eine Begleitperson nein ja
5. Bemerkungen (Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt beifügen.)