

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT/ MSNR

--

**Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Sicherung  
der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)  
nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI**

**G0185**

Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

**1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme**

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?	
von - bis	wegen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**2 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren**

<input type="checkbox"/> Andauernde Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum
<input type="checkbox"/> Luftnot bei körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch
<input type="checkbox"/> Häufige Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Häufiger Alkoholkonsum
<input type="checkbox"/> Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nachfolgend erläutern)	
Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> aus dem privaten Umfeld	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?	

**3 Arztbehandlungen** (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

**4 Angaben zum Arbeitsplatz**

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Beschäftigungsort
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis		



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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

**Arbeitsplatzprofil**

<b>Allgemeine Bedingungen</b>	ständig	überwiegend	zeitweise	Für mich problematisch
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heben / Tragen</b> (ohne Hilfsmittel)				
unter 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshaltung der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftvolles Ziehen / Schieben / Greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Anforderung an Feinarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigen / Hocken / Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witterung / Hitze / Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschütterung / Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsorganisation</b>				
Hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit / Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit emotional belastenden Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende soziale Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
komplexe Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):				
<b>Arbeitszeit</b> _____ Stunden / Tag    _____ Stunden / Woche				
Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>			
Mehrschicht / Wechselschicht	<input type="checkbox"/>			
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>			
Häufige Überstunden	<input type="checkbox"/>			
<b>Berufskraftfahren</b>				
Pkw, Lkw, sonstige Fahrzeuge	<input type="checkbox"/>			
Personenbeförderung	<input type="checkbox"/>			
Welche weiteren Umstände Ihrer beruflichen Tätigkeit belasten Sie gegenwärtig?				



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

### 5 Welche Ziele wollen Sie mit der Präventionsleistung erreichen?

Verbesserung der körperlichen Verfassung

Ernährungsumstellung

Erlernen von Stressbewältigung

Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alltagsdrogen (Tabak, Alkohol)

Ergänzungen:

### 6 Betriebsarzt / Werksarzt

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

nein

ja

Name des Betriebsarztes / Werksarztes

Telefon

Anschrift

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein

ja

Falls ja, wegen:

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

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mein Betriebsarzt / Werksarzt eine Ausfertigung der Entlassungsdokumentation erhält.

nein

ja

Ort, Datum

Unterschrift



