

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

- regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
 - regelmäßige Dreischicht nur Nachtschicht
 - starrer maschinengebundener Arbeitstakt
 - Einzelakkord Gruppenakkord
- Beschreibung

- 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)	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 / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja, wegen _____

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

nein ja _____

8.1 Ich willige ein, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt.

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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



