

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

# G130

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

### 1 Schulausbildung

|   |   |
|---|---|
| Hauptschule oder Polytechnische<br>Oberschule (8 Klassen) _____ <input type="checkbox"/>                | Schuljahre von - bis<br>_____               |
| Realschule (Mittelschule) oder<br>Polytechnische Oberschule (10 Klassen) _____ <input type="checkbox"/> | Schuljahre von - bis<br>_____               |
| Gymnasium oder Erweiterte Oberschule _____ <input type="checkbox"/>                                     | Schuljahre von - bis<br>_____               |
| Gesamtschule _____ <input type="checkbox"/>   | Schuljahre von - bis<br>_____               |
| Sonstige Schule _____ <input type="checkbox"/>  | Schuljahre von - bis<br>_____               |
| Art der Schule:   |   |
| Berufsschule oder Berufsfachschule<br>oder Berufsaufbauschule _____ <input type="checkbox"/>            | Schuljahre oder Semester von - bis<br>_____ |
| Fachschule _____ <input type="checkbox"/>   | Schuljahre oder Semester von - bis<br>_____ |
| Fachoberschule _____ <input type="checkbox"/>   | Schuljahre oder Semester von - bis<br>_____ |
| Fachhochschule _____ <input type="checkbox"/>   | Schuljahre oder Semester von - bis<br>_____ |
| Hochschule oder Universität _____ <input type="checkbox"/>  | Schuljahre oder Semester von - bis<br>_____ |
| Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen   |   |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|------------------------------|

## 2 Berufsausbildung

|  |                               |                            |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| <b>2.1</b> Welche Berufsausbildung haben Sie?                                |                               |                            |
| Berufsausbildung als   | von - bis                     | Art der abgelegten Prüfung |
|  |                               |                            |
| <b>2.2</b> Abgebrochene Berufsausbildung                                     |                               |                            |
| als  | warum abgebrochen?            | am                         |
|  |                               |                            |
| <b>2.3</b> Anlernberuf   |                               |                            |
| als  | von - bis                     | Art der abgelegten Prüfung |
|  |                               |                            |
| <b>2.4</b> Sind Sie schon einmal umgeschult worden?                          |                               |                            |
| nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>                    | Umschulungsberuf              | von - bis                  |
|  |                               |                            |
| Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?                                 |                               |                            |
|  |                               |                            |
| Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?                      |                               | Aktenzeichen               |
|  |                               |                            |
| Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?              |                               |                            |
|  |                               |                            |
| <b>2.5</b> Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen? |                               |                            |
| nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>                    | Art und Zeitraum              |                            |
|  |                               |                            |
| <b>2.6</b> Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?                                |                               |                            |
| nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>                    | Sprache und Beherrschungsgrad |                            |
|  |                               |                            |

## 3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

|           |  |
|-----------|--|
| von - bis | Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) |
|           |  |
|           |  |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|------------------------------|

#### 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 oder zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)  |  |                                   |                          |
| ausgeübt von - bis   | beendet wegen  |                                   |                          |
| Arbeit suchend gemeldet?<br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  | am   | bei welcher Agentur für Arbeit?   |                          |
| Arbeitslos gemeldet?<br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  | am   | bei welcher Agentur für Arbeit?   |                          |
| Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?<br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung: |                                   |                          |
| <b>Arbeitshaltung</b>  |  |                                   |                          |
|  | ständig  | überwiegend                       | zeitweise                |
| 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 oder hockend _____  | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| auf Gerüsten oder Leitern _____  | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Heben oder Tragen</b>   |  |                                   |                          |
| Art der Lasten:  | Gewichte häufig bis<br>kg                                | gelegentlich bis<br>kg            |                          |
| Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?<br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  | Falls ja, folgende                                       |                                   |                          |
| weitere Bemerkungen  |  |                                   |                          |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|------------------------------|

| Arbeitsorganisation  | Äußere Einflüsse  | Berufliches Kraftfahren   |
|--|---|---|
| Arbeitszeit:<br>_____ Stunden oder Woche   | Kälte, Zugluft, Nässe. <input type="checkbox"/>                 | Pkw _____ <input type="checkbox"/>  |
| Ganztagsarbeit _____ <input type="checkbox"/>  | Hitze _____ <input type="checkbox"/>                            | Lkw _____ <input type="checkbox"/>  |
| Teilzeitarbeit _____ <input type="checkbox"/>  | starke Staubentwicklung ___ <input type="checkbox"/>            | Baumaschinen oder sonstige Fahrzeuge ___ <input type="checkbox"/>                             |
| andere Arbeitszeitmodelle ___ <input type="checkbox"/>   | Rauchentwicklung ___ <input type="checkbox"/>                   | Personenbeförderung _ <input type="checkbox"/>  |
|  | starker Lärm _____ <input type="checkbox"/>                     | Gefahrguttransport _____ <input type="checkbox"/>   |
|  | Lärmschutz muss getragen werden ___ <input type="checkbox"/>    | <b>Sonstiges</b>  |
| regelmäßige Frühschicht oder Spätschicht _____ <input type="checkbox"/>  | Erschütterungen oder Vibrationen _____ <input type="checkbox"/> | Publikumsverkehr _____ <input type="checkbox"/>   |
| regelmäßige Dreischicht ___ <input type="checkbox"/>   | Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? ___ <input type="checkbox"/>     | häufige Reisetätigkeit ___ <input type="checkbox"/>   |
| nur Nachtschicht _____ <input type="checkbox"/>  | _____   | Auswärts-Montage _____ <input type="checkbox"/>   |
| starrer maschinen-gebundener Arbeitstakt _____ <input type="checkbox"/>  | hautreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/>     | Mitarbeiterführung _____ <input type="checkbox"/>   |
| Einzelakkord _____ <input type="checkbox"/>  | _____   | erhöhte Unfallgefahr ___ <input type="checkbox"/>   |
| Gruppenakkord _____ <input type="checkbox"/>   | atemwegsreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/> | außerordentliche Konzentration erforderlich ___ <input type="checkbox"/>                      |
| Beschreibung   | _____   | lange Anfahrtszeiten _____ Min. . <input type="checkbox"/>                                    |
|  | überwiegend im Freien _____ <input type="checkbox"/>            | keine geregelten Pausen _____ <input type="checkbox"/>  |
|  | überwiegend in Rohbauten _____ <input type="checkbox"/>         | überwiegend Bildschirmarbeit _____ <input type="checkbox"/>                                   |
|  | überwiegend witterungsgeschützt _ <input type="checkbox"/>      | besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit) <input type="checkbox"/> |
| Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche oder andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben. |   |   |
| Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?   |   |   |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|------------------------------|

## 5 Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Probleme

|  |          |             |      |
|--|----------|-------------|------|
| Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?   |          |             |      |
| nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  |          |             |      |
| 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  |          |             |      |
| Falls ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:   |          |             |      |
| Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?   |          |             |      |
| nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  |          |             |      |
| Art der Behinderung  | GdB<br>% | Merkzeichen | seit |

## 6 Arztbehandlungen

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

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|------------------------------|

## 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

Falls ja, wann und von welcher Stelle?

## 8 Betriebsarzt oder Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein  ja

wegen

Ist ein Betriebsarzt oder Personalarzt vorhanden?

nein  ja

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes oder Personalarztes

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt oder 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)?

nein  ja

Name und Anschrift des Leistungsträgers

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|