

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

☐ Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
☐ Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
☐ Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
☐ Gesamtschule	Schuljahre von - bis
☐ Sonstige Schule	Schuljahre von - bis
☐ Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ 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
☐ nein ☐ 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		
☐ nein ☐ ja		
Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?		
☐ nein ☐ ja		
2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?		
Sprache und Beherrschungsgrad		
☐ nein ☐ 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?	
☐ nein ☐ 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

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit

☐ Teilzeitarbeit

☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

☐ regelmäßige Dreischicht

☐ nur Nachtschicht

☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt

☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

☐ 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

Berufliches Kraftfahren

☐ 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)



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?

☐ nein ☐ 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 / 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



