

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**

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?

nein     ja

**2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?**

Sprache und Beherrschungsgrad	von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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**

**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

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?

von - bis		wegen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?

## 8 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____	
Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?	
Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	
<b>8.1 Ich willige ein</b> , 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.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 und Leistungsbezug

<b>9.1</b> Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?
Name und Anschrift des Leistungsträgers
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
<b>9.2</b> Beziehen Sie aktuell Leistungen zur Teilhabe (zum Beispiel Leistungen zur sozialen Teilhabe, Leistungen an Bildung) von einem Träger der Eingliederungshilfe (bis 31.12.2019 Träger der Sozialhilfe / Sozialamt)?
Name und Anschrift des Leistungsträgers
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



