

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
-------------------------------------	------------------	-----------------------------------

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis

Arbeitshaltung	ständig	überwiegend	zeitweise	Heben / Tragen Art der Lasten: Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende weitere Bemerkungen
	stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren
Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche	<input type="checkbox"/> 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 / 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	Sonstiges
<input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht nur Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit
<input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt	<input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage
<input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord	<input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung
Beschreibung	<input type="checkbox"/> überwiegend im Freien	<input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr
_____	<input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten	<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich
_____	<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt	<input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten _____ Minuten
		<input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen
		<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit
		<input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

4 Arztbehandlungen

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

5 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?	Von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Werksarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
6.3 Ich willige ein, 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. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Unterschrift
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung im Formular G0115 einzubringen.

Ort, Datum

Unterschrift



