Stammdaten einlesen | Druck Formularsatz

Deutsche Rentenversicherung

Bearbeitet mit THEORG (13.56)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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
Art der Schule ☐ 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

G0130-00 DRV
Version 09009 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018

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? ☐ nein ☐ ja, am	bei welcher Agentur für Arbeit?

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 _____