



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	ICD-10
Jetzige Beschwerden:	
Funktionseinschränkungen:	



Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichtigen entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	ICD-10
Jetzige Beschwerden:	
Funktionseinschränkungen:	



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Tätigkeit:	
seit wann:	
Ausbildungsberuf:	

	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Heben und Tragen von Lasten			
über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 20 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben und Tragen von Lasten - <u>Zeitwichtung</u>			
Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Lasten über mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%



	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen <small>bitte Zutreffendes ankreuzen</small>		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Körperhaltungen			
Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken (über 60 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anheben des Oberarmes über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen/Leitern/Gerüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocken/Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Belastungen			
Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%**



ja **Kommentar**

Umwelteinflüsse		
Witterung/Arbeiten im Freien	<input type="checkbox"/>	
Hitze/Strahlung	<input type="checkbox"/>	
Kälte/Zugluft	<input type="checkbox"/>	
Lärm (> 80 dBA)	<input type="checkbox"/>	
Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase	<input type="checkbox"/>	
Hautbelastung/Schmutz	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Gefährdungen		
Erhöhte Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten unter Atemschutz	<input type="checkbox"/>	
Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	
Feuchtarbeit	<input type="checkbox"/>	
dauerhaft Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsorganisation		
Normalschicht (Tagesarbeitszeit in h:)	<input type="checkbox"/>	
Wechselschicht (früh – spät)	<input type="checkbox"/>	
Contischicht (früh – spät – nachts)	<input type="checkbox"/>	
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>	
häufige/regelmäßige Überstunden (Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/>	
manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/Akkord	<input type="checkbox"/>	
Andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/>	



ja **Kommentar**

Psychomentele Belastungen/Beanspruchungen		
hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	
Ständiger Zeit- und Termindruck	<input type="checkbox"/>	
Überforderung quantitativ/qualitativ	<input type="checkbox"/>	
Unterforderung/Monotonie	<input type="checkbox"/>	
Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	
geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation	<input type="checkbox"/>	
Teamarbeit/Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>	
Mobbing	<input type="checkbox"/>	
Häufige Reisetätigkeit	<input type="checkbox"/>	
Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	
SONSTIGES:		
Anlagen wenn vorhanden: z.B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode		

 Datum der Erstellung

 Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Tätigkeit:	
seit wann:	
Ausbildungsberuf:	

Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen <small>bitte Zutreffendes ankreuzen</small>			
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Heben und Tragen von Lasten			
über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 20 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben und Tragen von Lasten - <u>Zeitwichtung</u>			
Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Lasten über mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Erklärung:** selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%



	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen <small>bitte Zutreffendes ankreuzen</small>		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Körperhaltungen			
Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken (über 60 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anheben des Oberarmes über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen/Leitern/Gerüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocken/Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Belastungen			
Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10 %, zeitweise = 11-50 %, häufig/überwiegend = 51-100%**



ja **Kommentar**

Umwelteinflüsse		
Witterung/Arbeiten im Freien	<input type="checkbox"/>	
Hitze/Strahlung	<input type="checkbox"/>	
Kälte/Zugluft	<input type="checkbox"/>	
Lärm (> 80 dBA)	<input type="checkbox"/>	
Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase	<input type="checkbox"/>	
Hautbelastung/Schmutz	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Gefährdungen		
Erhöhte Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten unter Atemschutz	<input type="checkbox"/>	
Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	
Feuchtarbeit	<input type="checkbox"/>	
dauerhaft Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsorganisation		
Normalschicht (Tagesarbeitszeit in h:)	<input type="checkbox"/>	
Wechselschicht (früh – spät)	<input type="checkbox"/>	
Contischicht (früh – spät – nachts)	<input type="checkbox"/>	
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>	
häufige/regelmäßige Überstunden (Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/>	
manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/Akkord	<input type="checkbox"/>	
Andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/>	



ja **Kommentar**

Psychomentele Belastungen/Beanspruchungen		
hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	
Ständiger Zeit- und Termindruck	<input type="checkbox"/>	
Überforderung quantitativ/qualitativ	<input type="checkbox"/>	
Unterforderung/Monotonie	<input type="checkbox"/>	
Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	
geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation	<input type="checkbox"/>	
Teamarbeit/Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>	
Mobbing	<input type="checkbox"/>	
Häufige Reisetätigkeit	<input type="checkbox"/>	
Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	
SONSTIGES:		
Anlagen wenn vorhanden: z.B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode		

 Datum der Erstellung

 Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin



Information für Versicherte zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Werks-/Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

die enge Zusammenarbeit zwischen betriebsärztlichem Dienst, Deutscher Rentenversicherung Nord (DRV Nord) und Rehabilitationseinrichtung dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des/der Beschäftigten am Arbeitsleben. Mit diesem Schreiben möchten wir darstellen, wie diese Zusammenarbeit konkret gestaltet wird und bitten durch die Zeichnung der beigefügten Einverständniserklärung um Ihre Zustimmung zum hier beschriebenen Verfahren.

Auf Empfehlungen Ihres Betriebsarztes bzw. Ihrer Betriebsärztin beantragen Sie Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistung) bei der DRV Nord, um eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen zu verhindern. Die DRV Nord und die Reha-Einrichtung können Ihren individuellen Rehabilitationsbedarf besser einschätzen, wenn sie von Ihrem Betriebsarzt bzw. Ihrer Betriebsärztin nicht nur über Ihren Gesundheitszustand sondern auch über Ihre Belastungen am Arbeitsplatz informiert werden. Daher bittet die DRV Nord diesen Arzt/diese Ärztin neben dem ärztlichen Bericht auch eine **Beschreibung Ihres Arbeitsplatzes und Ihrer Arbeitsbelastungen** zu erstellen und sie ihr zu übersenden. Die DRV Nord wird dann Ihren Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin über ihre Entscheidung zum Reha-Antrag informieren.

Um bei der Gestaltung der Rehabilitation die Besonderheiten Ihres Arbeitsplatzes besser zu berücksichtigen, kann es hilfreich sein, dass Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin vor und während der Rehabilitation mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm / ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen. Dies ist ohne Ihre Zustimmung nicht möglich, da Reha-Ärzte bzw. Reha-Ärztinnen und Betriebsärzte bzw. Betriebsärztinnen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Direkt nach Ihrer Rückkehr aus der Rehabilitation und sechs Monate danach wird Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin ein betriebsärztliches Gespräch mit Ihnen führen. Es geht dabei um die weitere Vorgehensweise nach Abschluss der Rehabilitation. In diesen Gesprächen wird insbesondere ermittelt, ob die Rehabilitation hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit erfolgreich war bzw. ob weitere Maßnahmen – ggf. unter Einbeziehung der DRV Nord - zur Sicherung Ihrer Erwerbsfähigkeit im Betrieb erforderlich sind. Basis dieser Gespräche sind die Empfehlungen des Entlassungsberichts der Reha-Einrichtung, den die Reha-Einrichtung mit Ihrem Einverständnis Ihrem Betriebsarzt bzw. Ihrer Betriebsärztin zuschickt.

Der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin wird die Ergebnisse dieser beiden Gespräche anhand besonderer Vordrucke dokumentieren und diese an die DRV Nord schicken. Sie erhalten eine Kopie der ausgefüllten Vordrucke. Ihr Betriebsarzt bzw. Ihre Betriebsärztin kann diese Unterlagen an die DRV Nord nur dann schicken, wenn Sie dem zustimmen.

Die Teilnahme an dem Verfahren – wie oben dargestellt - ist freiwillig. Sollten Sie dem nicht zustimmen, haben Sie zu jeder Zeit die Möglichkeit, eine Rehabilitationsmaßnahme bei der DRV Nord z. B. unter Beteiligung Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin zu beantragen. Die DRV Nord wird unter Berücksichtigung des Rehabilitationsbedarfs und der Erfolgsaussicht der beantragten Maßnahme über den Antrag entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

*Im Folgenden für einen besseren Lesefluss als Betriebsarzt bzw. Betriebsärztin bezeichnet.

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Einbindung des Werks-/ Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin* in den Rehabilitationsprozess

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und an die DRV Nord weiterleitet
- die von meinem Betriebsarzt bzw. meiner Betriebsärztin erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung meines Reha-Antrags der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin von der DRV Nord über die Entscheidung zu meinem Reha-Antrag informiert wird.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin vor und während der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahme) mit dem Arzt/der Ärztin der Reha-Einrichtung in Kontakt tritt, um mit ihm/ihr Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen.
- mein Betriebsarzt bzw. meine Betriebsärztin die DRV Nord über die Ergebnisse des Gesprächs mit mir nach der Rehabilitation bzw. 6 Monate danach hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und des Bedarfs an weiteren Maßnahmen schriftlich informiert.

Anschrift des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten