

# BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte • 10704 Berlin

Dienstgebäude: Ruhrstraße 2, 10709 Berlin (Wilmersdorf)  
Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240



Versicherungsnummer

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

## Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

wir sind bemüht, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten. Damit wir uns ein besseres Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation beitragen.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum

**Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?** (Falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden)

Ich bin zurzeit / war zuletzt beschäftigt als: \_\_\_\_\_  
(bitte genaue Tätigkeitsbezeichnung, z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer; Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre Tätigkeit zutreffen:

### Arbeitszeit und Arbeitsweise

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- Wechselschicht
- Nachtschicht
- Akkordarbeit
- besonderer Zeitdruck

### Beanspruchung des Bewegungsapparates

- überwiegend stehend / gehend
- überwiegend sitzend
- oft in gebückter Stellung / knieend
- oft mit erhobenen Armen
- häufiges Heben von Lasten
- häufiges Klettern und Steigen

### Berufliches Kraftfahren

- Pkw während der Arbeitszeit
- Lkw mit / ohne Ladearbeiten
- Baumaschinen (Bagger, Kran, o. ä.)
- sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransporte

### Äußere Einflüsse

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- hautreizende Stoffe
- starker Lärm

### Beanspruchung der Sinnesorgane

- ständige Konzentration
- hohe Verantwortung für Personen / Sachwerte
- überwiegend Bildschirmtätigkeit
- Anlagensteuerung (Überwachung)
- Schwindelfreiheit erforderlich

### Sonstiges

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Erschütterungen / Vibrationen
- erhöhte Unfallgefahr

Ist ein Betriebs- / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebs- / Personalarztes

- nein  ja \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Arzt der Rehabilitationseinrichtung bzw. der Reha-Berater mit dem o. a. Betriebs- / Personalarzt hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

- nein  ja

Ich bin damit einverstanden, dass der Betriebs- / Personalarzt zum Zwecke der Arbeitsplatzüberprüfung eine Mehrausfertigung des Entlassungsberichtes erhält (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

- nein  ja

**Gibt es in Ihrem beruflichen / privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten?** (Falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden)

**Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?**

nein  ja <sup>seit</sup> \_\_\_\_\_ <sup>wegen</sup> \_\_\_\_\_

**Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?**

nein  ja <sup>von - bis</sup> \_\_\_\_\_ <sup>wegen</sup> \_\_\_\_\_

**Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten zwölf Monaten** (bitte geben Sie dabei Name, Anschrift und Fachrichtung an).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisherige Erkrankungen** (mit Zeitangabe):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____                  | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit _____         |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit / -infarkt _____       | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chronische Bronchitis _____ | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen _____            |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall _____                  | <input type="checkbox"/> Privatunfall _____            |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____                    |  |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte _____         |  |

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?** (Name des Präparates mit Mengenangabe)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche anderen Behandlungen erfolgten in den letzten zwölf Monaten?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik           | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- / Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie                          | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____            |  |   |

Rauchen Sie?  nein  ja      Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol?  nein  ja

Besteht Schwangerschaft?  ja

# BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte • 10704 Berlin

Dienstgebäude: Ruhrstraße 2, 10709 Berlin (Wilmersdorf)  
Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240

Versicherungsnummer

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

## Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

wir sind bemüht, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten. Damit wir uns ein besseres Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation beitragen.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum

---

**Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?** (Falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden)

---

Ich bin zurzeit / war zuletzt beschäftigt als: \_\_\_\_\_  
(bitte genaue Tätigkeitsbezeichnung, z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer; Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre Tätigkeit zutreffen:

**Arbeitszeit und Arbeitsweise**

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- Wechselschicht
- Nachtschicht
- Akkordarbeit
- besonderer Zeitdruck

**Beanspruchung des Bewegungsapparates**

- überwiegend stehend / gehend
- überwiegend sitzend
- oft in gebückter Stellung / knieend
- oft mit erhobenen Armen
- häufiges Heben von Lasten
- häufiges Klettern und Steigen

**Berufliches Kraftfahren**

- Pkw während der Arbeitszeit
- Lkw mit / ohne Ladearbeiten
- Baumaschinen (Bagger, Kran, o. ä.)
- sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransporte

**Äußere Einflüsse**

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- hautreizende Stoffe
- starker Lärm

**Beanspruchung der Sinnesorgane**

- ständige Konzentration
- hohe Verantwortung für Personen / Sachwerte
- überwiegend Bildschirmtätigkeit
- Anlagensteuerung (Überwachung)
- Schwindelfreiheit erforderlich

**Sonstiges**

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Erschütterungen / Vibrationen
- erhöhte Unfallgefahr

Ist ein Betriebs- / Personalarzt vorhanden?  
Name, Anschrift und Telefon des Betriebs- / Personalarztes

nein  ja \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Arzt der Rehabilitationseinrichtung bzw. der Reha-Berater mit dem o. a. Betriebs- / Personalarzt hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein  ja

Ich bin damit einverstanden, dass der Betriebs- / Personalarzt zum Zwecke der Arbeitsplatzüberprüfung eine Mehrausfertigung des Entlassungsberichtes erhält (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein  ja

**Gibt es in Ihrem beruflichen / privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten?** (Falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden)

---

**Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?**

nein  ja <sup>seit</sup> \_\_\_\_\_ <sup>wegen</sup> \_\_\_\_\_

**Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?**

nein  ja <sup>von - bis</sup> \_\_\_\_\_ <sup>wegen</sup> \_\_\_\_\_

**Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten zwölf Monaten** (bitte geben Sie dabei Name, Anschrift und Fachrichtung an).


**Bisherige Erkrankungen** (mit Zeitangabe):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____                  | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit _____         |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit / -infarkt _____       | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chronische Bronchitis _____ | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen _____            |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall _____                  | <input type="checkbox"/> Privatunfall _____            |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____                    |  |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte _____         |  |

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?** (Name des Präparates mit Mengenangabe)


**Welche anderen Behandlungen erfolgten in den letzten zwölf Monaten?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik           | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- / Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie                          | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____            |  |   |

Rauchen Sie?  nein  ja      Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol?  nein  ja

Besteht Schwangerschaft?  ja