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

☐ 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 10010 - AGDR 4/2019 - Stand 03.12.2019

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?

G0130-00 DRV
Version 10010 - AGDR 4/2019 - Stand 03.12.2019

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

noch Ziffer **4**

Arbeitslos gemeldet?

☐ nein ☐ ja, am

bei welcher Agentur für Arbeit?

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)

G0130-00 DRV
Version 10010 - AGDR 4/2019 - Stand 03.12.2019

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 und Leistungsbezug

9.1 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

☐ nein ☐ ja _____

9.2 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

☐ nein ☐ ja _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____