

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)
nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI

G185

Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?	
von - bis	wegen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren

<input type="checkbox"/> Andauernde Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum
<input type="checkbox"/> Luftnot bei körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch
<input type="checkbox"/> Häufige Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Häufiger Alkoholkonsum
<input type="checkbox"/> Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nachfolgend erläutern)	
Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> aus dem privaten Umfeld	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?	

3 Arztbehandlungen (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

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

4 Angaben zum Arbeitsplatz

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Beschäftigungsort
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis		

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Arbeitsplatzprofil

Allgemeine Bedingungen	ständig	überwiegend	zeitweise	Für mich problematisch
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben / Tragen (ohne Hilfsmittel)				
unter 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshaltung der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftvolles Ziehen / Schieben / Greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Anforderung an Feinarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigen / Hocken / Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witterung / Hitze / Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschütterung / Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsorganisation				
Hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit / Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit emotional belastenden Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende soziale Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
komplexe Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):				
Arbeitszeit _____ Stunden / Tag _____ Stunden / Woche				
Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>			
Mehrschicht / Wechselschicht	<input type="checkbox"/>			
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>			
Häufige Überstunden	<input type="checkbox"/>			
Berufskraftfahren				
Pkw, Lkw, sonstige Fahrzeuge	<input type="checkbox"/>			
Personenbeförderung	<input type="checkbox"/>			
Welche weiteren Umstände Ihrer beruflichen Tätigkeit belasten Sie gegenwärtig?				

