

Name des Betriebsarztes

Einleitung von Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation

Name und Anschrift der Krankenkasse	Name des Versicherten	
	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
	Straße	
	PLZ Wohnort	
	Arbeitgeber	

I. Information des Betriebsarztes

1. Diagnose:

2. Befunde:

3. Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten:

4. Beurteilung der ausgeübten Tätigkeit unter Beachtung der gesundheitlichen Schäden:

5. Folgende Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen können angezeigt sein:

a) medizinischer Art

b) beruflicher Art

6. Behandelnder Arzt:

Ort, Datum

Unterschrift des Betriebsarztes

II. Zustimmungserklärung des Versicherten

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis und die Befunde der am _____ durchgeführten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung meiner Krankenkasse zugeleitet werden., damit die Einleitung von Präventions- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen geprüft werden kann.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Krankenkasse ggf. den behandelnden Arzt einschaltet und den Betriebsarzt über veranlasste Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen unterrichtet.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

III. Rückmeldung an den Betriebsarzt

Name und Anschrift des Betriebsarztes

Es sind folgende Maßnahmen eingeleitet worden:

Zuständiger Rehabilitationsträger:

Maßnahmen sind nicht eingeleitet worden. Gründe:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse