

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

4 Arztbehandlungen

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

5 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann?	Von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Werksarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Werksarztes	Telefon
Anschrift	
6.3 Ich willige ein, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Unterschrift
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung im Formular G0115 einzubringen.

Ort, Datum

Unterschrift



