Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

G0833

Name, Vorname	Geburtsdatum

Bei Mehrfachbeschäftigten: Diese Checkliste bezieht sich auf folgende ausgeübte Tätigkeit / Arbeitgeber:

_____

1 Tag der Beendigung der Rehabilitationsleistung: _____

Die Checkliste ist an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse der Versicherten / des Versicherten weiterzuleiten.

2 Stufenweise Wiedereingliederung ist erforderlich

☐ nein, weil

- ☐ kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit ist auch ohne stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von 4 Wochen zu erwarten)
- ☐ Arbeitsfähigkeit kann voraussichtlich durch stufenweise Wiedereingliederung nicht wiederhergestellt werden, weil _____
- ☐ Nachsorge ausreichend, weil _____
- ☐ Sonstiges: _____

☐ ja, weiter bei Ziffer 3

3 Stufenweise Wiedereingliederung wurde eingeleitet

☐ nein, weil

- ☐ Zustimmung der Versicherten / des Versicherten liegt nicht vor
- ☐ Zustimmung des Arbeitgebers liegt nicht vor
- ☐ Arbeitgeber konnte nicht erreicht werden
- ☐ tägliche Mindestarbeitszeit von 2 Stunden ist innerhalb von 4 Wochen nicht erreichbar
- ☐ Sonstiges: _____

☐ ja, siehe Stufenplan (Anlage)

_____ Ort, Datum

_____ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Einwilligungserklärung der Versicherten / des Versicherten: **Ich willige ein,** dass diese Checkliste an meine Krankenkasse weitergeleitet wird. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Checkliste an Krankenkasse gefaxt am _____

G0833-00 DRV
Version 08008 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018