

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

**Ärztlicher Befundbericht zum Präventionsantrag
der Rentenversicherung**

G190

1 Name, Vorname	Geburtsdatum
2 Straße, Hausnummer	
Postleitzahl 	Wohnort
3 arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, seit	wegen
4 Beginnende Funktionsbeeinträchtigungen (zum Beispiel beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe oder psychische Beeinträchtigungen) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung, (gegebenenfalls Diagnosen):	
1.	
2.	
3.	
4.	
Ergänzende Erläuterungen:	

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

5 Risikofaktoren / Gefährdung durch

Alkohol Nikotin

sonstige: _____

seit wann? _____

6 Belastungsfaktoren

6.1 Tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren

6.2 Soziale Belastungsfaktoren

7 Allgemein Befunde

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

8 Folgende Ziele sollen mit der Prävention erreicht werden:

9 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des sozialmedizinischen Dienstes der Präventionseinrichtung

10 Antrag erfolgt auf meine Anregung

nein ja

11 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Telefonnummer

Seite 2 von 2