

Anmeldebogen

zuständige BG _____

Ansprechpartner _____

Versicherter _____

geb. am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Unfall vom _____

Aktenzeichen _____

Diagnose _____

beschäftigt als _____

bei (Arbeitgeber) _____

Bitte führen Sie zu unseren Lasten folgende Maßnahme durch (bitte ankreuzen):

- Arbeitstherapeutische Leistungsanalysen**
- Belastbarkeitsprofil arbeitsmarktbezogen**
 - Belastbarkeitsprofil berufsbezogen**
 - Belastbarkeitsprofil arbeitsplatzbezogen**
- Arbeitstherapie**
der Stufe I oder Stufe II nach Wolters & Sohns
(Arbeitstherapie mit arbeitsplatzangeneherten Arbeitsanforderungen oder arbeitsplatzspezifischen Anforderungen zur Funktionsverbesserung und Steigerung der Belastbarkeit)
- Arbeits- und Belastungserprobung**
therapeutisch begleitet, am Arbeitsplatz des Versicherten bzw. in einem Kooperationsbetrieb

Wir übernehmen außerdem die Kosten für eine **Unterbringung** im

- Friederikenstift Bad Münde
- BBZ Magdeburg
- ABZ Holleben (Nähe Halle/Saale)
- ABC Rostrup (Bad Zwischenahn)

Vorgesehener Termin: _____

Sonstige Informationen und Hinweise _____

Wichtige Hinweise in eigener Sache:

Erforderliche Unterlagen: Tätigkeitsprofil, letzter medizinischer Bericht, Reha-Plan

Bitte informieren Sie Ihren Versicherten, dass er geeignete Arbeitskleidung und Arbeitsschuhe sowie ggf. persönliche Schutzausrüstung(en) mitbringt!

