

Zusammenfassung

G0100: Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

Angaben zur beantragten Leistung

0 Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? **nein**

1 Beantragte Leistung

Auswahl : Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

Angaben zur Person

2 Angaben zur Person

Name : Drasko
Vorname (Rufname) : Madzarevic
Staatsangehörigkeit : Kroatien

2 Geburtsangaben

Geburtsdatum : 30.06.1966
Geburtsort : Banja Luka
Geburtsland : Bosnien und Herzegowina
Geschlecht : männlich

2 Anschrift

Straße, Hausnummer : Pestalozzistr. 10
zusätzliche Adressinformation : Kellerwohnung
Postleitzahl : 64560
Wohnort : Riedstadt
Land : Deutschland

Angaben zum Familienstand und Beruf

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

- 3.1 Angaben zum Familienstand (gilt auch für Eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

Familienstand : ledig

- 3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

Bezeichnung : LKW Fahrer

Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

- 4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben (bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

berufliche Stellung : Angestellter

Arbeit vor Antragstellung bzw. vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

- 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

Art : Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht /
Akkord / Nachtschicht

Krankenkasse

- 6 Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse : BKK Firmus
Straße, Hausnummer : Gottlieb-Daimler-Str. 11
Postleitzahl : 28237
Ort : Bremen
Telefon : 042164343
Art der Krankenkasse : gesetzliche Krankenkasse

Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

- 7 Angaben zur behandelnden Ärztin / zum behandelnden Arzt

Name des Arztes / Hausarztes : Drasko Madzarevic
Vorname des Arztes / Hausarztes : Rudi und Andreas

Titel :	Dr
Straße, Hausnummer :	Pestalozzistr.
Postleitzahl :	64560
Ort :	Riedstadt
Telefon :	0615899060

Beiträge zur Sozialversicherung

- | | | |
|-----|--|-------------|
| 8.1 | Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? | ja |
| 8.2 | Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? | nein |
| 8.3 | Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland? | nein |

Bezug von Arbeitslosengeld II

- | | | |
|---|--|-------------|
| 9 | Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II? | nein |
|---|--|-------------|

Sonstige Angaben

- | | | |
|--------|--|-------------|
| 10.1 | Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? | nein |
| 10.2 | Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt? | nein |
| 10.4.1 | Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als <ul style="list-style-type: none"> - Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls, - Berufskrankheit, - Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, | nein |

- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

10.4.2 Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt? **nein**

10.5.1 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden? **nein**

10.6 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten? **nein**

10.7 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt bzw. sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? **nein**

Antragstellung durch andere Person

11 Wird der Antrag in Vertretung gestellt? **nein**

Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

12 Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers bzw. anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führunghund oder Assistenzhund)? **nein**

Dokumentenzugang

13.1 **Dokumentenzugang per De-Mail** **nein**
Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.
Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

13.2 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in **einer** für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden : nicht erforderlich

Angaben der gesetzlichen Krankenkasse

16.1 Angaben zur Krankenkasse (nur auszufüllen, wenn Antragstellung durch die gesetzliche Krankenkasse erfolgt)

Name der Krankenkasse : BKK Firmus

16.2 Der AUD-Beleg ist beigelegt? (nur auszufüllen, wenn Antragstellung durch die gesetzliche Krankenkasse erfolgt)

unbeantwortet

Bemerkungen zum Antrag

Möchten Sie Ihrem Antrag Bemerkungen hinzufügen? ja

G0130: Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

Schulausbildung

1.1 Welche Schulausbildung haben Sie absolviert?

- Schulform : Fachschule
Zeitraum : 01.09.1981 - 14.06.1985
- Schulform : Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule
Zeitraum : 03.04.2002 - 17.06.2004

1.2 Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen

- Abschluss : IT Techniker
- Abschluss : Berufskraftfahrer

Berufsausbildung

2.1 Angaben zur Berufsausbildung

Berufsausbildung als : Berufskraftfahrer
Zeitraum : 03.04.2002 - 17.06.2004

2.2 Angaben zur abgebrochenen Berufsausbildung **keine Angaben**

2.3 Angaben zum Anlernberuf **keine Angaben**

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden? **nein**

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen? **nein**

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? **ja**

- Fremdsprache : Kroatisch
Beherrschungsgrad : Muttersprache
- Fremdsprache : Englisch
Beherrschungsgrad : Grundkenntnisse
- Fremdsprache : Italienisch
Beherrschungsgrad : Grundkenntnisse
- Fremdsprache : Serbisch
Beherrschungsgrad : Sehr Gut
- Fremdsprache : Bosnisch
Beherrschungsgrad : Sehr Gut
- Fremdsprache : Slowenisch
Beherrschungsgrad : Grundkenntnisse

Bisher ausgeübte Tätigkeiten

3 Angaben zu bisher ausgeübten Tätigkeiten

- Zeitraum : Sommer 1985 - Sommer 1988
 Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) : Angestellte in Finanzabteilung einer Firma.
 aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung) : Habe ich privat Geschäft geöffnet.
- Zeitraum : Sommer 1988 - Sommer 1991
 Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) : Eigen Geschäft (Kleinhandel)
 aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung) : Der Krieg.
- Zeitraum : Herbst 1991 - Fast Ende 1095
 Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) : Soldat
 aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung) : Ende den Krieg.

Arbeitsplatzbeschreibung

4.1 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name des Arbeitgebers : AWS Abfall Wirtschaft Service
 Straße, Hausnummer : Auf der Hardt / An der B42
 Postleitzahl : 64572
 Ort : Büttelborn
 beschäftigt seit : 01.05.2020
 Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel) : Entsorgung.
 genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) : LKW Fahrer

4.2 Sind Sie Arbeit suchend gemeldet? **nein**

4.3 Sind Sie arbeitslos gemeldet? **nein**

4.4 Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht? **ja**

Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung :
Ich möchte weiter LKW Fahrer bleiben.

4.5 Angaben zur Arbeitshaltung

stehend :	überwiegend
gehend :	überwiegend
sitzend :	überwiegend
gebückt :	überwiegend
Arme über Brusthöhe :	überwiegend
kniend / hockend :	nicht erforderlich
auf Gerüsten / Leitern :	nicht erforderlich

4.6 Angaben zum Heben / Tragen von Lasten

keine Angaben

4.7 Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

unbeantwortet

4.8 Angaben zur Arbeitsorganisation

Arbeitszeit (in Stunden / Woche) :	42,0
Art der Arbeitszeit :	Ganztagsarbeit
Schichtarbeit / Akkord :	ohne Angabe

4.9 Angaben zu äußeren Einflüssen

Kälte, Zugluft, Nässe :	ja
Hitze :	ja
starke Staubentwicklung :	ja
Rauchentwicklung :	nein
starker Lärm :	nein
Lärmschutz muss getragen werden :	nein
Erschütterungen / Vibrationen :	nein
Gerüche, Gase, Dämpfe :	ja
Welcher Art :	Deponie, Müll, Abfall aus Kläranlage...
hautreizende Stoffe :	nein
atemwegsreizende Stoffe :	nein
überwiegend im Freien :	nein
überwiegend in Rohbauten :	nein
überwiegend witterungsgeschützt :	nein

4.10 Angaben zum beruflichen Kraftfahren

Pkw :	nein
Lkw :	ja
Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge :	nein
Personenbeförderung :	nein
Gefahrguttransport :	nein

4.11 Angaben zu sonstigen Einflüssen

Publikumsverkehr :	ja
häufige Reisetätigkeit :	nein
Auswärts-Montage :	nein
Mitarbeiterführung :	nein
erhöhte Unfallgefahr :	ja
außerordentliche Konzentration erforderlich :	ja
lange Anfahrtszeiten :	nein
keine geregelten Pausen :	nein
überwiegend Bildschirmarbeit :	nein
besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit) :	nein

4.12 Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche bzw. andere Gründe? - Bitte Beschwerden angeben.

Beschreibung :

Ich brauche Rehabilitation für weiter gleich Arbeit verrichten. Ich habe Probleme mit Arthrose und Schmerzen. Und kalt Luft macht mir Schmerzen in Gelenke mit Arthrose.

4.13 Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

Beschreibung :

Eine Rehabilitation in einer Kur für einen besserung.

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

5.1 Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig? **nein**

5.2 Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Beschreibung :

Arthrose: Beide Schulter, LWS...Knorpelschade Knie links.Deformation HWS und LWS.Hochgradige Degeneration des ventralen und dorsalen Labrums bei Schlter Rechts.Große Schmerzen Rücken und Schultern bai klein Erkältung.

5.3 Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)? **nein**

5.4 Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt? **nein**

Arztbehandlungen

6 Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

- Name des Arztes / Hausarztes : Gulde
Vorname des Arztes / Hausarztes : Martin
Titel : Dr
Straße, Hausnummer : Pfingstweidstraße 3
Postleitzahl : 60316
Ort : Frankfurt
Fachrichtung : Neurochirurg
Erkrankung : HWS und LWS
- Name des Arztes / Hausarztes : Henniger
Vorname des Arztes / Hausarztes : Martina
Titel : Dr
Straße, Hausnummer : Mainzer Landstrasse 65
Postleitzahl : 60329
Ort : Frankfurt
Fachrichtung : Orhopedie
Erkrankung : Beide Schulter und Knie

Begutachtungen

7 Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden? **nein**

Betriebsarzt / Werksarzt

- 8.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil? **ja**
wegen : Jeder 4 Jahre Prüfung bei Betriebsarzt
- 8.2 Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden? **ja**
Name des Arztes : Vollmer
Vorname des Arztes : Michael
Titel : Dr
Straße, Hausnummer : Ludwigstraße 8
Postleitzahl : 64342
Ort : Seeheim-Jugenheim
- 8.3 **Ich willige ein**, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. **ja**

Bereits gestellte Anträge und Leistungsbezug

- 9.1 Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)? **nein**
- 9.2 Beziehen Sie aktuell Leistungen zur Teilhabe (zum Beispiel Leistungen zur sozialen Teilhabe, Leistungen an Bildung) von einem Träger der Eingliederungshilfe (bis 31.12.2019 Träger der Sozialhilfe / Sozialamt)? **nein**

R0990: Aufstellung über eingereichte bzw. nachzureichende Unterlagen

Unterlagen

Werden Unterlagen eingereicht oder sind diese nachzureichen? **keine Angaben**

Bemerkungen zum Vorgang

Bemerkungen

Text :

HWS, LWS ich habe MRT, Rö und ich kann von Neurochirurg Dr Martin Gulde aus Frankfurt ein Brief erhalten. Probleme mit Knie links und beide Schulter auch MRT, Rö und Orthopede DeCO Frankfurt. Ich habe vor kurz Zeit Hausarzt gewechselt. Her dr Rudi Schüler hat mir gestern gesagt, dass die euch geschickt haben, was ihr braucht. Ich hoffe es ist angekommen und vollständig.

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag