|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Auswahl […]

## Stufenweise Wiedereingliederung

Ich halte eine stufenweise Wiedereingliederung für erforderlich und empfehle

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Beginn der Maßnahme: |
|  | […] |
| 2 | Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: | […] | Wochen |
| 3 |  |
|  | 1. Woche: täglich | […] | Stunden |
|  | 2. Woche: täglich | […] | Stunden |
|  | 3. Woche: täglich | […] | Stunden |
|  | 4. Woche: täglich | […] | Stunden |
|  | 5. Woche: täglich | […] | Stunden |
|  | 6. Woche: täglich | […] | Stunden |
| 4 | Empfohlene Tätigkeiten: |
|  | [ ]  Bisherige Tätigkeit in uneingeschränkter Form |
|  | [ ]  Bisherige Tätigkeit in eingeschränkter Form (vgl. nächste Seite) |
|  | [ ]  Andere Tätigkeit (vgl. nächste Seite) |
| 5 | Zur Beobachtung des Heilverfahrens ist eine Vorstellung vorgesehen: |
|  | [ ]  am […] bei uns |
|  | [ ]  regelmäßig bei […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Ärztliche Stellungnahme zur Belastbarkeit:Es soll vermieden werden: |
|  | [ ]  Ständiges Stehen[ ]  Ständiges Gehen[ ]  Arbeiten über Kopf[ ]  Arbeiten in gebückter Stellung[ ]  Arbeiten kniend[ ]  Arbeiten hockend[ ]  Alleiniges Heben und Tragen von Lastenüber […] kg[ ]  Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen[ ]  Nässe[ ]  Kälte | [ ]  Hitze[ ]  Fahren von Kraftfahrzeugen[ ]  Starke Beanspruchung der Hand[ ]  rechts [ ]  links[ ]  Starke Beanspruchung des Armes[ ]  rechts [ ]  links[ ]  Starke Beanspruchung des Beines[ ]  rechts [ ]  links[ ]  Starker Lärm[ ]  dauernd [ ]  zeitweilig |
| 6.1 | Sonstiges: |
|  | […] |
| 7 | Hinweise für den Weg zur Arbeitsstelle, wenn nicht wie bisher möglich: |
|  | […] |
| 8 | Sonstiges: |
|  | […] |

Der Vorschlag wurde mit dem Hinweis besprochen, dass die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber bei Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung von diesem Schreiben Kenntnis erhält.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Unterschrift der Ärztin/des Arztes) |

**Anlage**

Arbeitsplatzbeschreibung

**Verteiler**

Versicherte Person

UV-Träger