

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihr Ansprechpartner:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## 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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ständiges Stehen                                  | <input type="checkbox"/> Hitze                                       |
| <input type="checkbox"/> Ständiges Gehen                                   | <input type="checkbox"/> Fahren von Kraftfahrzeugen                  |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten über Kopf                                | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung der Hand               |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten in gebückter Stellung                    | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links       |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten kniend                                   | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung des Armes              |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten hockend                                  | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links       |
| <input type="checkbox"/> Alleiniges Heben und Tragen von Lasten<br>über kg | <input type="checkbox"/> Starke Beanspruchung des Beines             |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen     | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links       |
| <input type="checkbox"/> Nässe   | <input type="checkbox"/> Starker Lärm                                |
| <input type="checkbox"/> Kälte   | <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> 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