

Absender:

Melddaten für Rehabilitanden mit Leistungsbezug nach § 46 Abs. 3 SGB VII (Bezug von Verletztengeld) im Rahmen der Vermittlungsunterstützung für DGUV job

Aktenzeichen		
Name		
Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ		
Ort		
Geboren am		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
Familienstand		
Kinder	Anzahl:	Alter:
Religion/Konfession		
Unfalldatum		
Unfallfolgen und verbliebene Einschränkungen		
Berufskrankheit	Anerkennung ab:	BK-Ziffer:
Einschränkungen durch Berufskrankheit		
Anderweitige gesundheitliche Einschränkungen		
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)		
Schwerbehinderung (GdB)		

Verletztengeld	von	bis voraussichtlich
Beschäftigungsverhältnis besteht noch formell?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eine Beratung / Information über Pflichten im Rahmen des § 46 Abs. 3 SBG VII ist erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haftpflichtscha	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schulabschluss		
Erlern		
Alle praktischen Berufserfahrungen: Art der Tätigkeit und Zeiträume		
Berufliche Qualifikationen, Umschulungen, Weiterbildungen etc. (Jahresangabe)		
Berufliche Interessen: Welche Tätigkeitsbereiche kommen in Frage?		
Welche Tätigkeiten werden nicht gewünscht?		
Auch Bereitschaft zur Teilzeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bereitschaft für ggf. auch bundesweit Vermittlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Arbeitsorte kommen in Frage? (größere Orte, Bundesländer etc.)		
Führerschein	<input type="checkbox"/> Ja Klassen:	<input type="checkbox"/> Nein
PKW vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sprachkenntnisse		
Hobbies, private Interessen oder Neigungen		
Vermittlungsspezifische Besonderheiten		

Datum _____

Unterschrift _____

Absender:

Anlage des UV-Trägers zur Meldung an DGUV job

UV-Träger	
BV	
Ansprechpartner	
Straße, Nr.	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Mobil	
Fax	
E-Mail	
Aktenzeichen	
Einwilligungserklärung des Versicherten liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir möchten die Anzahl und die Liste der Stellenvorschläge und Kurzbewerbungen/Bewerbungen mit Angabe der Arbeitgeber erhalten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Nein
Der/die Versicherte soll die Liste der Stellenvorschläge und der Kurzbewerbungen/Bewerbungen mit Angabe der Arbeitgeber erhalten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Nein

Wir beauftragen die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) gemäß § 88 SGB X mit der Ausführung einer Sozialleistung (§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Datum

Unterschrift