

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

# G833

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

1. Tag der Beendigung der Rehabilitationsleistung: \_\_\_\_\_

Die Checkliste ist an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse der Versicherten / des Versicherten weiterzuleiten.

2. Stufenweise Wiedereingliederung ist erforderlich

nein, weil

Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsfähigkeit kann voraussichtlich durch stufenweise Wiedereingliederung nicht wieder hergestellt werden

Nachsorge ausreichend; Art: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

ja, weiter bei Ziffer 3

3. Stufenweise Wiedereingliederung wurde eingeleitet

nein, weil

Zustimmung der Versicherten / des Versicherten liegt nicht vor

Zustimmung des Arbeitgebers liegt nicht vor

Arbeitgeber konnte nicht erreicht werden

Tägliche Mindestarbeitszeit von 2 Stunden ist innerhalb von 4 Wochen nicht erreichbar

Sonstiges

ja, siehe Stufenplan (Anlage)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Erklärung der Versicherten / des Versicherten:** Mit der Checkliste und der Weiterleitung an die Deutsche Rentenversicherung und meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten