

Ärztliche Stellungnahme für

5 Haben klinische Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden (wann, wo und mit welchem Ergebnis) ?

6 Für welchen Zeitraum war die/der Versicherte nach Ihren Aufzeichnungen arbeitsunfähig?

7 Haben sich die von Ihnen erhobenen Befunde erheblich verschlechtert oder deutlich verbessert?

7.1 Sind neue Leiden hinzugekommen oder alte weggefallen, ggf. welche?

7.2 Wann sind Veränderungen im Gesundheitszustand der/des Versicherten eingetreten?

Ärztliche Stellungnahme für

8 Wo können ggf. weitere Unterlagen angefordert werden?

9 Soweit möglich, werden Sie gebeten, aus Ihrer medizinischen Sicht folgende Fragen zur Funktions- und Leistungsfähigkeit der/des Versicherten zu beantworten:

9.1 Folgende Arbeiten können nach meiner Einschätzung verrichtet werden:

	ständig	überwiegend	zeitweise
Arbeits- schwere	<input type="checkbox"/> leichte Arbeit <input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit <input type="checkbox"/> schwere Arbeit	<input type="checkbox"/> leichte Arbeit <input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit <input type="checkbox"/> schwere Arbeit	<input type="checkbox"/> leichte Arbeit <input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit <input type="checkbox"/> schwere Arbeit
Arbeits- haltung	<input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> gehend <input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> gehend <input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> gehend <input type="checkbox"/> sitzend
Arbeitsdauer täglich	<input type="checkbox"/> vollschichtig	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
Arbeitsschicht	<input type="checkbox"/> alle Schichten	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> nur Tages-(Normal-)-Schicht
Arbeitsort	<input type="checkbox"/> in temperierten/ geschlossenen Räumen	<input type="checkbox"/> in Werkhallen u.ä.	<input type="checkbox"/> auch im Freien
Arbeitsbe- dingungen	<input type="checkbox"/> übliche Arbeitsbedingungen <input type="checkbox"/> tägl. zwei oder mehrere zusätzliche Arbeitsunterbrechungen von etwa 15 Minuten oder länger erforderlich		

Ärztliche Stellungnahme für

9.2 Folgende Arbeiten sind auszuschließen:

<input type="checkbox"/> Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) <input type="checkbox"/> Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen <input type="checkbox"/> Hitzearbeiten <input type="checkbox"/> Staub, Rauch, Gase, Dämpfe <input type="checkbox"/> Schmutzarbeiten, hautbelastende Stoffe, Feuchtarbeiten	<input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr (z.B. Absturzgefahr, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen) <input type="checkbox"/> häufiges Bücken <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien, Armvorhalt) <input type="checkbox"/> häufiges Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel
---	--

9.3 Wie sind ihre/seine geistigen Fähigkeiten beschaffen (Konzentrations- und Merkfähigkeit, Ausdauer, Wendigkeit, Anpassungsfähigkeit) ?

9.4 Die Wegefähigkeit wird wie folgt eingeschätzt:

Wegstrecke	Hilfsmittel	Zeitdauer
<input type="checkbox"/> tägl. 4 * über 500 m	<input type="checkbox"/> ohne Gehstütze	<input type="checkbox"/> bis zu je 20 Minuten
<input type="checkbox"/> tägl. 4 * unter 500 m	<input type="checkbox"/> mit 1 Gehstütze	<input type="checkbox"/> bis zu je 30 Minuten
<input type="checkbox"/> ohne Beschwerden	<input type="checkbox"/> mit 2 Gehstützen	<input type="checkbox"/> über je 30 Minuten
<input type="checkbox"/> nur unter erheblichen Schmerzen bzw. größter körperl. Anstrengung bzw. besonderer gesundheitl. Gefährdung	<input type="checkbox"/> nur mit Krankenfahrstuhl <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel zumutbar <input type="checkbox"/> nur unter Verwendung eines PKW	

