

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT/ MSNR

--

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan)

G0834

Wichtiger Hinweis: Bitte den Stufenplan **während** der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erstellen und nach Zustimmung der Versicherten / des Versicherten und des Arbeitgebers **spätestens am letzten Tag** der Rehabilitationsleistung zusammen mit der Checkliste (Formular G0833) an die Deutsche Rentenversicherung sowie die zuständige Krankenkasse **faxen**.

Versicherter (Name, Vorname)	
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit	tägliche Arbeitszeit in Stunden

Erklärung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Durch eine stufenweise Wiedereingliederung kann die Versicherte / der Versicherte die bisherige Arbeit wieder aufnehmen. Nach meiner ärztlichen Beurteilung und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt / Betriebsarzt empfehle ich mit Einverständnis der Obengenannten / des Obengenannten und nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit:

von	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (gegebenenfalls Einschränkungen)
Wann ist mit einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen?			ab

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Erklärung der Versicherten / des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Stufenplan und dessen Weiterleitung an die Deutsche Rentenversicherung, meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt (zum Beispiel Hausärztin / Hausarzt) eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die stufenweise Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Stufenplan bin ich einverstanden.

nein ja

Wird nach Ablauf der Entgeltfortzahlung für die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung Arbeitsentgelt gezahlt?

nein, weil _____ ja, bis _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers



