|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Auswahl […]

## 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: | |
|  | Ständiges Stehen  Ständiges Gehen  Arbeiten über Kopf  Arbeiten in gebückter Stellung  Arbeiten kniend  Arbeiten hockend  Alleiniges Heben und Tragen von Lasten über […] kg  Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen  Nässe  Kälte | Hitze  Fahren von Kraftfahrzeugen  Starke Beanspruchung der Hand  rechts  links  Starke Beanspruchung des Armes  rechts  links  Starke Beanspruchung des Beines  rechts  links  Starker Lärm  dauernd  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