

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Selbsteinschätzungsbogen

# G0115

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

als Ärzteteam Ihres Rentenversicherungsträgers haben wir im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrags die Aufgabe, uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen zu machen. Es ist uns daher wichtig, dass Sie bereits zu Beginn des Verfahrens eine Gelegenheit finden, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Wir würden uns darüber freuen, wenn Sie uns einige Fragen beantworten, die uns einen Eindruck geben, wie sich Ihre Gesundheitsstörungen oder Beschwerden in Ihrem Alltag und in Ihrem Berufsleben auswirken. **Diese Angaben sind freiwillig. Wenn Sie Fragen nicht beantworten wollen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.**

Sofern der Raum für die Beantwortung einer Frage nicht ausreicht, bitte ein zusätzliches Blatt verwenden.

Name, Vorname	Geburtsdatum

### 1 Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

--

### 2 Wünschen Sie Unterstützung bei:

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Alkoholproblem
<input type="checkbox"/> Gewichtsproblem
<input type="checkbox"/> Nikotinproblem
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

### 3 Glauben Sie, dass sich Ihr Gesundheitszustand bessern wird, so dass Sie weiter oder wieder beruflich tätig sein können? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

**4 Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet?**  
(zum Beispiel Pflege oder Krankheit von Angehörigen, Belastungen in Partnerschaft oder Familie)

**5 Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.**  
(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden) **Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?**

**6 Gab es in den letzten 2 Jahren Tage, an denen Sie sich arbeitsunfähig gefühlt haben und Sie trotzdem arbeiten gegangen sind?**

nein  ja

**Wenn ja, bitte erläutern:**

**7 Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:**  
**Wie schätzen Sie im Großen und Ganzen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?**  
(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

sehr gut  eher gut  durchschnittlich  eher schlecht  sehr schlecht

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.**  
**Das Ärzteteam Ihrer Deutschen Rentenversicherung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

