

MUSTER 20 – STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ERWERBSLEBEN (WIEDEREINGLIEDERUNGSPLAN)

HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN AUSFÜLLHILFE

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<p>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</p> <p>20</p> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>1</p> <p>2 2 2 2</p> <p>vom bis Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) Stunden täglich</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">TTMMJJ</td> <td style="width: 25%;">TTMMJJ</td> <td style="width: 25%;">TTMMJJ</td> <td style="width: 25%;">TTMMJJ</td> </tr> <tr> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> </tr> <tr> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> </tr> <tr> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> <td>TTMMJJ</td> </tr> </table> <p>Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit</p> <p>2 2 2 2</p> <p>Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) Stunden täglich</p> <p>Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p>3 Erklärung des Versicherten Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.</p> <p>Datum</p> <p>TTMMJJ</p> <p>Unterschrift des Versicherten</p> <p>4 Erklärung des Arbeitgebers Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ausfertigung für den Arbeitgeber</p> <p>Datum</p> <p>TTMMJJ</p> <p>Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers</p>	TTMMJJ															
TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ														
TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ														
TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ														
TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ	TTMMJJ														

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. ZULETZT AUSGEÜBTÉ TÄTIGKEIT, STUNDEN TÄGLICH

Hier erfolgt nach Auskunft des Versicherten die Angabe der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie der Anzahl der täglichen Arbeitsstunden vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

2. VOM BIS, ART DER TÄTIGKEIT (GGF. EINSCHRÄNKUNGEN), STUNDEN TÄGLICH

In diesen Feldern werden Empfehlungen zum Zeitraum, zur Tätigkeit, möglichen Belastungseinschränkungen (bspw. nur sitzend) und täglichen Arbeitszeit während der stufenweisen Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit, angegeben. Der letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung entspricht in der Regel dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

3. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN

Der Versicherte bestätigt sein Einverständnis.

4. ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS

Der Arbeitgeber bestätigt sein Einverständnis und ergänzt die entsprechenden Angaben.

MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Arbeitsunfähigkeit: <http://www.kbv.de/629405>

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):
www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf