

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

| | | |
|---|--|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status | | |
| Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | |

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Stunden
täglich

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

| vom | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden täglich |
|-----|-----|---|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen _____

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

Datum

nein

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Vertragsarzt