

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten | |



R0215

Selbsteinschätzungsbogen

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,
als Ärzteam 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 mit Ihren Antworten auf einige Fragen einen Eindruck geben, wie sich Ihre
Gesundheitsstörungen oder Beschwerden in Ihrem Alltag und in Ihrem Berufsleben auswirken.

1 Angaben zur Person

| | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| Name | Vorname (Rufname) | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) |
| Geburtsname | Geburtsdatum | |

2 Gesundheitliche Angaben

(Sofern der Raum für die Beantwortung einer Frage nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt.
Geben Sie dort auch die oben genannte Versicherungsnummer, Ihren Namen und Vornamen an.)

2.1 Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?

(Schildern Sie Ihre Beschwerden ausführlich. Wie wirken sich Ihre Beschwerden in Ihrem täglichen Leben aus?)

2.2 Ist Ihre derzeitige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit durch Ihre gesundheitlichen Beschwerden beeinträchtigt?

nein ja, schildern Sie, was Ihnen die Arbeit schwer macht

2.3 Was lässt sich nach Ihrer Einschätzung an Ihren Arbeitsbedingungen ändern?

2.4 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.)

ja eher ja weiß nicht eher nein nein



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

2.5 Sofern für Sie eine Rehabilitation in Frage kommt: Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

Eine Rehabilitation kommt in Betracht:

nein ja

2.6 Wünschen Sie Unterstützung bei:

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

2.7 Gibt es weitere Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen, die für Sie von Bedeutung sind? (Bitte erläutern!)

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

Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.

2.9 Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?

(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden)

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

nein ja, bitte erläutern:

Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:

2.11 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

