

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)
nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI

G185

Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren individuellen Risikofaktoren und beruflichen sowie sozialen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung über Ihren Antrag auf Präventionsleistungen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?	
von - bis	wegen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____

2 Angaben zu aktuellen gesundheitlichen Risikofaktoren

<input type="checkbox"/> Andauernde Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum
<input type="checkbox"/> Luftnot bei körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch
<input type="checkbox"/> Häufige Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Häufiger Alkoholkonsum
<input type="checkbox"/> Regelmäßig wiederkehrende Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nachfolgend erläutern)	
Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> aus dem privaten Umfeld	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?	

3 Arztbehandlungen (Bitte fügen Sie Ihre vorliegenden medizinischen Befunde etc. bei.)

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

4 Angaben zum Arbeitsplatz

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Beschäftigungsort
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis		

