

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

G115

Selbsteinschätzungsbogen

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:

Bluthochdruck

Stress

Zuckerkrankheit

Alkoholproblem

Gewichtsproblem

Nikotinproblem

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

