|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)** | | | | | | | | | | | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | |  | | | |
| […] | | | | | | | |
| Name, Vorname der versicherten Person | | | | | Geburtsdatum | | |
| […] | | | | | […] | | |
| Beschäftigt als | | | Seit | | | | |
| […] | | | […] | | | | |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | | | | | | | | Telefon-Nr. der vers. Person | | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | | | | | | | | […] | | […] | […] |
| Unfalltag | | Az. des UV-Trägers | | | | | | | | | |
| […] | | […] | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Beginn der ABMR: | […] | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil** (maximale Anforderung am Arbeitsplatz) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Kritische Arbeitsplatzanforderung | | | | Ge- wicht  kg | | Wieder-holungs-zahl | Zeit | | Ergonomische Besonderheiten | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Patientenfähigkeitsprofil** (aktuelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person) | | | | | | | | | | | |
| Kritische Arbeitsplatzanforderung | | | | Ge- wicht  kg | | Wieder-holungs-zahl | Zeit | | Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Der Therapieplan und die Therapieinhalte wurden aus dem Abgleich zwischen funktionellem Arbeitsplatzanforderungs- und Patientenfähigkeitsprofil entwickelt und der Patient/die Patientin hat seine/ihre Zustimmung erklärt:  ja  nein, weil […] | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kontextfaktoren im Sinne der ICF, die Einfluss auf die Rehabilitation der versicherten Person haben bzw. haben könnten  ja  nein | | | | | |
| Falls ja, weitere Bemerkungen: […] | | | | | |
| **Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit** (Fragenbogen „Spinal Function Sort PACT“ von L. Matheson) | | | | | |
|  | | | | | |
| **PACT-Indexwert** | | **Selbsteinschätzung vor Test:** | | **Selbsteinschätzung nach Test:** | |
| **Belastungsniveau**  (maximal zu hantierende Lasten) | | minimal  vorwiegend sitzend (bis 5 kg)  leicht (5-10 kg)  mittelschwer (10-25 kg)  schwer (25-45 kg)  sehr schwer (> 45 kg) | | minimal  vorwiegend sitzend (bis 5 kg)  leicht (5-10 kg)  mittelschwer (10-25 kg)  schwer (25-45 kg)  sehr schwer (> 45 kg) | |
| **Konsistenz** | | ja  nein | | ja  nein | |
| **Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit** | | realistisch  zu tief  zu hoch | | realistisch  zu tief  zu hoch | |
|  | | | | | |
| **Hinweis:** | | | | | |
| minimal < 100  vorwiegend sitzend 100-110  leicht 125-135  mittelschwer 165-175  schwer 180-190  sehr schwer > 195 | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bemerkungen:** […] | | | | | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | |
| […] | | | | | […] |
| Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin | | | | | Telefon-Durchwahl: |
|  | | | | | |
| […] | […] | | […] | | |
| Datum | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | Unterschrift der versicherten Person | | |

Gebühr für ABMR-Aufnahmebericht und AMBR-Abschlussbericht werden mit einer Gesamtgebühr nach Nr. 117 UV-GOÄ vergütet.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Institutionskennzeichen (IK)**  […] |