|  |
| --- |
| **ABMR-Abschlussbericht (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 |
| […] | […] |
|  |
| Abschluss der ABMR: | […] |
|  |
| **Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil**(maximale Anforderung am Arbeitsplatz) |
|  |
| Kritische Arbeitsplatzanforderung | Ge-wichtkg | Wieder-holungs-zahl | Zeit | Ergonomische Besonderheiten |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
|  |
| **Patientenfähigkeitsprofil**(aktuelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person) |
| Kritische Arbeitsplatzanforderung | Ge-wichtkg | Wieder-holungs-zahl | Zeit | Fehlende motorische Fähigkeiten,ergonomische Einschränkungen |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Arbeitsfähigkeit wird erreicht: [ ]  ja, ab […] [ ]  nein |
| Falls nein, bitte mit Begründung und Vorschlag für weitere Maßnahmen:[…] |

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

|  |
| --- |
| **Datenschutz:**Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| Aufnahmedatum: | […] | Entlassungsdatum: | […] |  |
| […] | […] |
| Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin | Telefon-Durchwahl: |
|  |
|  |  | […] |
| Datum | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik |

Gesamtgebühr für ABMR-Aufnahme- und ABMR Abschlussbericht nach UV-GOÄ Nr. 117.

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |