|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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- 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 | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| […] | | | | […] | | […] | […] | | […] | | |
| 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) – |