

ABMR-Abschlussbericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale 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
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 des Versicherten)

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) –