

Gesundheitsfragebogen zur Vorbereitung einer Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben angegeben, gesundheitliche Einschränkungen zu haben. Der Ärztliche Dienst bittet Sie deswegen um Beachtung der folgenden Hinweise und um Ihre Mitarbeit:

Wenn Ihre Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt ist, kann eine **medizinische Begutachtung** zur Beurteilung Ihres Leistungsvermögens erforderlich werden (§ 62 SGB I). Dadurch wird eine gezieltere und Ihren Fähigkeiten entsprechende Beratung und Vermittlung ermöglicht. Über die Notwendigkeit einer Begutachtung entscheidet Ihr Vermittler / Berater. Die Begutachtung erfolgt durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit oder einen Vertragsarzt.

Falls Sie annehmen, dass in Ihrem Fall eine medizinische Begutachtung notwendig sein könnte, bitten wir Sie, schon jetzt diesen **Gesundheitsfragebogen des Ärztlichen Dienstes** auszufüllen. Dieser enthält nämlich Fragen, die Sie nur durch gewisse Vorbereitungen und Nachschlagen in Ihren häuslichen Unterlagen – oder mithilfe Ihres Arztes – beantworten können und dies würde später zu Zeitverlusten bei Ihrer Beratung und Vermittlung führen. Alle Angaben im Gesundheitsfragebogen des Ärztlichen Dienstes sind aber **freiwillig** und es steht auch voll und ganz in Ihrem Ermessen, ob Sie diese Beantwortung – selbst wenn Sie dazu grundsätzlich bereit sind – schon jetzt auf diese Weise vorbereiten und beschleunigen wollen.

Der Gesundheitsfragebogen dient zur Information des Arztes der Agentur für Arbeit über Ihren Gesundheitszustand und ermöglicht es ihm zu entscheiden, ob es durch die Anforderung von Befundberichten bei Ihren behandelnden Ärzten möglich wird, ein Gutachten zu erstellen, ohne Sie selbst in den Ärztlichen Dienst einladen zu müssen. Dadurch werden Ihnen ggf. Zeit und auch die Belastungen durch erneute Befragungen und Untersuchungen erspart. Allerdings behalten Sie die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch mit dem Arzt, falls Sie dies wünschen.

Wir legen großen Wert auf den Schutz Ihrer Gesundheitsdaten. Der Gesundheitsfragebogen und andere ärztliche Unterlagen, die Sie gerne auch gleich mitbringen können, werden deshalb **ausschließlich vom Ärztlichen Dienst eingesehen und ausgewertet** und die hier tätigen Ärzte unterliegen – genauso wie Ihre behandelnden Ärzte – der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht. Dennoch kann es sein, dass wir Sie zur Untersuchung einladen müssen, wenn nämlich die uns zugehenden Informationen für eine Begutachtung nach Aktenlage nicht ausreichen sollten.

Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, die für Ihre Vermittlung in Arbeit von Bedeutung sein könnten, füllen Sie bitte diesen Fragebogen des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit aus und unterschreiben die dazugehörigen Erklärungen über die Entbindung Ihrer Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht. Bringen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen und die unterschriebenen Schweigepflicht-Entbindungen in einem **verschlossenen Umschlag** zum Vermittlungs- / Beratungsgespräch mit. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass **Ihre Angaben freiwillig erfolgen**. Ihr Vermittler / Berater wird diesen Fragebogen **ungeöffnet** an den Ärztlichen Dienst weiterleiten, falls in Ihrem Fall eine medizinische Begutachtung notwendig ist. Wird allerdings gar kein Gutachten benötigt – was wir leider nicht voraussehen können –, möchten wir uns für den entstandenen Aufwand bei Ihnen herzlich entschuldigen. In diesem Fall bleiben der ausgefüllte Fragebogen und die Entbindung Ihrer Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht in Ihrem Besitz.

Information zum Widerspruchsrecht (gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 SGB X)

Ihre persönlichen Daten werden im erforderlichen Umfang auch zur Erfüllung anderer Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit und der Agenturen für Arbeit nach dem Sozialgesetzbuch genutzt. An Stellen außerhalb der Bundesagentur für Arbeit (z. B. an Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder andere Behörden) werden Ihre Daten nur in dem Umfang weitergeleitet, der durch das Sozialgesetzbuch zugelassen ist. Ärztliche Gutachten sind von der Übersendung ausgeschlossen, wenn Sie der Übermittlung ausdrücklich widersprochen haben.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitwirkung.

Gesundheitsfragebogen des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit

Kundendaten:	Veranlassende Stelle:
Name, Vorname:	Organisationszeichen: Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Kunden-Nummer:	

<p>1. Haben Sie gesundheitliche Probleme mit Auswirkung auf Ihre jetzige Tätigkeit oder auf frühere Tätigkeiten? Schildern Sie bitte kurz Ihre Erkrankungen bzw. Ihre Beschwerden:</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

<p>2. Befinden Sie sich wegen dieser gesundheitlichen Probleme in ärztlicher Behandlung? Geben Sie bitte Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder die Ärztin/den Arzt an, bei dem sich sämtliche (Fach-)Arztberichte befinden:</p> <p>Name/Vorname des Arztes: Facharztbezeichnung: Anschrift:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

<p>3. Sind Sie zurzeit krank (arbeitsunfähig) geschrieben?</p> <p>Seit wann: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

<p>4. Wurden Sie nach längerer Arbeitsunfähigkeit aus dem Leistungsbezug der Krankenkasse ausgesteuert bzw. wurde die Krankengeldzahlung beendet?</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

5. Haben Sie eine vom Amt für Familie und Soziales (Versorgungsamt) anerkannte Behinderung oder besteht eine Schwerbehinderung? Grad der Behinderung (GdB): _____ Besondere Merkmale: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

6. Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem medizinischen Heilverfahren in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik? Name der Klinik: _____ Ort: _____ Jahr: _____ Kostenträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherung): _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

7. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Rentenanspruch oder einen Rehabilitationsantrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt? Antrag gestellt am: _____ Rentenversicherung: _____ Rentenversicherungsnummer: _____ Ärztliche Untersuchung am _____ wo? _____ <input type="checkbox"/> Verfahren läuft noch <input type="checkbox"/> Rente wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Rentenanspruch abgelehnt <input type="checkbox"/> Reha- Antrag wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Reha- Antrag abgelehnt <input type="checkbox"/> Sozialgerichtsverfahren wegen Rentenabnahme läuft (ggf. Aktenzeichen des Sozialgerichts): _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

8. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), von einer Berufsgenossenschaft bzw. eines Gesundheitsamtes oder vom Ärztlichen Dienst einer Agentur für Arbeit begutachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann: _____ Wo: _____ Versicherungs-/Kundennummer: _____		
MDK:		
Berufsgenossenschaft:		
Gesundheitsamt		
Agentur für Arbeit:		(wenn nicht bereits oben schon eingetragen)

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen U25“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Erklärung

Ich, _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____

Ort

befreie hiermit Frau / Herrn Dr. med.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

✂

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen U25“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Erklärung

Ich, _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____

Ort

befreie hiermit Frau / Herrn Dr. med.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Anschrift des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

✂

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren von einer Berufsgenossenschaft begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Berufsgenossenschaft Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen der Berufsgenossenschaft

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Gesundheitsamt begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Ort

befreie hiermit die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Anschrift des Gesundheitsamtes

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

✍️ -----

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass ein Sozialgerichtsverfahren gegen einen ablehnenden Rentenbescheid läuft, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für das Sozialgericht

Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Ort

befreie hiermit das Sozialgericht in

Anschrift des Sozialgerichts

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters