

ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

Unfallversicherungsträger			
Name, Vorname des Versicherten		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 des Versicherten)

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 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)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5-10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10-25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25-45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5-10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10-25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25-45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)
Konsistenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> 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)
--	-------------------------------------