|  |
| --- |
| **ABMR-Aufnahmebericht (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 |
| […] | […] |
|  |
| Beginn 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 |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| […] | […] | […] | […] | […] |
|  |
| Der Therapieplan und die Therapieinhalte wurden aus dem Abgleich zwischen funktionellem Arbeitsplatzanforderungs- und Patientenfähigkeitsprofil entwickelt und der Patient/die Patientin hat seine/ihre 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) | [ ]  minimal[ ]  vorwiegend sitzend (bis 5 kg)[ ]  leicht (5-10 kg)[ ]  mittelschwer (10-25 kg)[ ]  schwer (25-45 kg)[ ]  sehr schwer (> 45 kg) | [ ]  minimal[ ]  vorwiegend sitzend (bis 5 kg)[ ]  leicht (5-10 kg)[ ]  mittelschwer (10-25 kg)[ ]  schwer (25-45 kg)[ ]  sehr schwer (> 45 kg) |
| **Konsistenz** | [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  ja [ ]  nein |
| **Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit** | [ ]  realistisch [ ]  zu tief [ ]  zu hoch | [ ]  realistisch [ ]  zu tief [ ]  zu hoch |
|  |
| **Hinweis:** |
| minimal < 100vorwiegend sitzend 100-110leicht 125-135mittelschwer 165-175schwer 180-190sehr 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)**[…] |