

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

	Stunden täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
TTMMJJ	TTMMJJ		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für den Arbeitgeber**

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	Datum

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

	Stunden täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
TTMMJJ	TTMMJJ		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen


nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Stunden**  
täglich \_\_\_\_\_

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für den Versicherten**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Stunden**  
täglich \_\_\_\_\_

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**