

ABMR-Abschlussbericht (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 Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen) [...]			
Vollständige Anschrift des Versicherten [...]		Telefon-Nr. des Versicherten [...]	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, Ansprechpartner

[...]

Telefon-Durchwahl:

[...]

Datum

Unterschrift des Arztes

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) –
--------------------------	---