

Krankenkasse

Name, Adresse des Versicherten:

geb. am:

KV-Nr.:

Versicherten-Nr.:

Status:

BSNR:

LANR:

Datum:

Gesundheitsnetzwerk

Leben

Berufliche Orientierungsberatung

Agentur für Arbeit Ingolstadt

Heydeckplatz 1

85049 Ingolstadt

Bitte vorher telefonische Terminvereinbarung!
jeder 1. Donnerstag im Monat zwischen 13:30 und 15:30

Simone Grabmann

Teamleiterin Reha/SB - Integrationsberatung

Telefon: 0841 9338-219

Telefax: 0841 9338-999

E-Mail: Simone.Grabmann@arbeitsagentur.de

Auszufüllen vom einleitenden Arzt/ Facharzt/ Betriebsarzt/ Arbeitsmediziner:

Arbeitsunfähigkeit liegt vor seit: _____

Ärztin/Arzt

Telefon

/

Fax

E-Mail

Betriebsärztin/Betriebsarzt

Telefon

/

Fax

E-Mail

Mein Patient/Meine Patientin schildert:

- ☐ Probleme am Arbeitsplatz, die in dem Unternehmen nicht mehr gelöst werden können
- ☐ Gesundheitliche Einschränkungen, durch die einen Arbeitsplatzwechsel indiziert ist
- ☐ Sonstiges _____

Diagnosen/Verdachtsdiagnosen/Medikamente: _____

Mein Patient/Meine Patientin benötigt eine Berufliche Orientierungsberatung ☐

Zum Termin sollten die Patienten folgende Unterlagen mitbringen:

- Beruflichen Lebenslauf (muss noch nicht bewerbungstauglich sein, kann auch handgeschrieben sein)
- Vorhandene Unterlagen zu medizinischer / beruflicher Rehabilitation

Auszufüllen von der Beratungs- und Vermittlungsfachkraft der Agentur für Arbeit

Eingeleitete Maßnahmen:

- ☐
- ☐ am _____
- ☐ am _____
- ☐ Sonstige Empfehlungen _____

☐

Simone Grabmann

Teamleiterin Reha/SB – Integrationsberatung

Telefon: 0841 9338-219

Telefax: 0841 9338-999

E-Mail: Simone.Grabmann@arbeitsagentur.de

Datum

Unterschrift

☐

Tatjana Kokoschka

Arbeitsvermittlerin Reha/SB

Telefon: 0841 9338-240

Telefax: 0841 9338-999

E-Mail: Tatjana.Kokoschka@arbeitsagentur.de

Datum

Unterschrift

Wir machen uns stark für Sie.

Ungeklärte berufliche Situationen und Arbeitslosigkeit können sich erheblich auf die Gesundheit des Menschen auswirken. Bei schon vorliegenden Erkrankungen kann der Genesungsprozess negativ beeinflusst werden. Die Arbeit sollte immer den Fähigkeiten eines Menschen entsprechen. Wobei sich die beruflichen Fähigkeiten im Laufe des Lebens durchaus auch verändern können. Mit dem Gesundheitsnetzwerk Leben möchten wir Ihnen den Weg für eine neue berufliche Perspektive eröffnen und Sie beim Wiedereinstieg ins Berufsleben unterstützen. Wir möchten Ihnen zeitnah und unbürokratisch helfen gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden.

Sie erhalten ohne Zusatzkosten:

- ▶ Beratung durch Frau Grabmann oder Frau Kokoschka aus dem Fachbereich berufliche Rehabilitation bei der Agentur für Arbeit
- ▶ Unterstützung bei Antragstellungen
- ▶ Hilfe zur schnellen Bewilligung und Beginn einer Maßnahme
- ▶ Unterstützung bei der leidensgerechten Arbeitsplatzvermittlung

Nutzen Sie die berufliche Orientierungsberatung bei der:

Agentur für Arbeit Ingolstadt

Heydeckplatz 1

85049 Ingolstadt

jeder 1. Donnerstag im Monat zwischen 13:30 und 15:30

Simone Grabmann

Teamleiterin Reha/SB - Integrationsberatung

Telefon: 0841 9338-219

Telefax: 0841 9338-999

E-Mail: Simone.Grabmann@arbeitsagentur.de

Telefonische Terminabstimmung ist erforderlich!

Den Termin vereinbaren Ihr behandelnder Arzt oder Sie vorher mit Frau Grabmann.

Ablauf:

Ihr GOIN-Arzt oder Betriebsarzt empfiehlt eine berufliche Orientierungsberatung und händigt Ihnen den Übergabebogen und Ihre medizinischen/beruflichen Reha-Unterlagen aus.

Gleichzeitig vereinbart er telefonisch den Termin für Sie und teilt Ihnen den Termin mit oder Sie vereinbaren den Termin selbst.



Sie erstellen Ihren beruflichen Lebenslauf (muss noch nicht bewerbungstauglich sein, kann auch handgeschrieben sein) und gehen mit allen Unterlagen zu Ihrem Termin zu Frau Grabmann oder Frau Kokoschka.



Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit der Beratung und alles Gute für Ihre Gesundheit.

Ihr **Gesundheitsnetzwerk Leben**

Krankenkasse

Name, Adresse des Versicherten:

geb. am:

KV-Nr.:

Versicherten-Nr.:

Status:

BSNR:

LANR:

Datum:

Kontaktformular:

Betriebsarzt/Arbeitsmediziner

behandelnder Arzt

Reha-Arzt

Krankengeld-Fallmanager Audi BKK

Hiermit entbinde ich Herrn/Frau _____ (Hausarzt/Facharzt) von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Betriebsarzt/Betriebsärztin

Herr/Frau _____

- ☐ den Arztbericht vom _____ erhält.
- ☐ eine telefonische Kontaktaufnahme zur Klärung meines Einsatzes am Arbeitsplatz erfolgt.
- ☐ mein Krankengeld-Fallmanager bei der Audi BKK **nur über das Datum** der Kontaktaufnahme informiert wird.

Hiermit entbinde ich Herrn/Frau _____ (Betriebsarzt/Betriebsärztin) von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass eine Rücksprache mit

Herrn/Frau _____ (Hausarzt/Facharzt) und/ oder _____ (Reha-Arzt) über die Einleitung von Präventions- Reha-Maßnahmen erfolgt.

Hiermit entbinde ich Herrn _____ (Reha-Arzt) von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Betriebsarzt/Betriebsärztin

Herr/Frau _____

- ☐ eine Rückmeldung über das Datum der Antragstellung erhält.
- ☐ eine telefonische Kontaktaufnahme zur Klärung meines Einsatzes am Arbeitsplatz erfolgt.
- ☐ mein Krankengeld-Fallmanager bei der Audi BKK **nur über das Datum** der Antragstellung/ Kontaktaufnahme informiert wird.

Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin