

# Ärztliches Gutachten

für die Alterssicherung der Landwirte

Fachrichtung

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

## A. Angaben zum Begutachtungsanlass

- Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Nachuntersuchung
- 

## B. Angaben zur Person

Mitgliedsnummer:

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Die Angaben zur Person wurden überprüft durch

- Personalausweis/Reisepass
- Sonstiges

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

- nein
- ja

Falls ja, ab

Monat, Jahr

Aufgrund welcher Erkrankungen?

Behandelnde Ärzte/Fachrichtung (Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt beifügen.)

Gutachter

Datum/Uhrzeit der Untersuchung

Unterschrift und Stempel des Gutachters

**C. Freie Textangaben zum ärztlichen Gutachten** (Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt beifügen.)

1. Anamnese

--

2. Untersuchungsbefunde

--

3. Diagnosen

--

4. Abschließende Beurteilung des Krankheitsverlaufs

--

5. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

--

**D. Sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes** (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich.)

1. Positives und negatives Leistungsbild (allgemeiner Arbeitsmarkt)

1.1 Positives Leistungsbild, folgende Arbeiten können verrichtet werden:

keine wesentlichen Einschränkungen

körperliche Arbeitsschwere

schwer

mittelschwer

leicht bis mittelschwer

leicht

zumutbare Arbeitshaltung

im Stehen

ständig

überwiegend

zeitweise

im Gehen

ständig

überwiegend

zeitweise

im Sitzen

ständig

überwiegend

zeitweise

Arbeitsorganisation

Tagschicht

Früh-/Spätschicht

Nachtschicht

1.2 Negatives Leistungsbild

Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 2 beschrieben werden.)

geistig/psychische Belastbarkeit

(Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs- und Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)

Sinnesorgane

(Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Tast- und Riechvermögen.)

Bewegungs-/Haltungsapparat

(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen.)

Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

2. Beschreibung des Leistungsbildes insbesondere der unter Ziffer 1.2 genannten Einschränkungen (Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt beifügen.)

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann

6 Stunden und mehr

3 bis unter 6 Stunden

unter 3 Stunden

Werden nicht übliche Pausen während der Arbeitszeit benötigt?

ja

nein

Wird eine gegebenenfalls noch ausgeübte Beschäftigung/Tätigkeit, sofern sie über das festgestellte Restleistungsvermögen hinaus geht, auf Kosten der Restgesundheit ausgeübt?

ja

nein

Können Wegstrecken von mehr als 500 m 4 mal täglich zurückgelegt werden?

ja

nein

Falls nein, hat der Versicherte einen Kraftfahrzeug(Kfz)-Führerschein?

ja

nein

Hat der Versicherte ein eigenes Kfz?

ja

nein

Ist die Kfz-Benutzung zumutbar?

ja

nein

4. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel <b>ICD-10-GM</b> (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seiten- lokalisation	Diagnoses icherheit	
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<b>Seitenlokalisation</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>Diagnosesicherheit</b> A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	
4. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	
5. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	
5. Die getroffenen Feststellungen gelten ab		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr		
<input type="checkbox"/> vorübergehend bis voraussichtlich		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr		
<input type="checkbox"/> dauernd (Begründung in der abschließenden Beurteilung des Krankheitsverlaufs.)				
<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung erforderlich im		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Monat, Jahr		
6. Die Gesundheitsschäden/Leistungsminderung wurde(n) wahrscheinlich verursacht durch				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Fremdverschulden (z. B. Verkehrsunfall)				
7. Werden medizinische Rehabilitationsleistungen zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Leistungsfähigkeit vorgeschlagen? (Begründung in der abschließenden Beurteilung des Krankheitsverlaufs; falls ja, bitte Abschnitt E ausfüllen.)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
8. Kann bei Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung der Versicherte seine Angelegenheiten selbst besorgen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
9. Wurden wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen festgestellt?				
<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, und zwar				
am	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr	wurde	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> Name des Versicherten	davon unterrichtet.
am	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr	wurde	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> Name des behandelnden Arztes	davon unterrichtet.
10. Für die Fahrt zur Untersuchung war/waren erforderlich				
a) öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
b) PKW <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
c) eine Begleitperson <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				