

VDS-QMP02-Arb Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Zählen Sie zusammen wie oft bzw. wie viele Tage **insgesamt in den letzten 3 Monaten** folgendes vorkam:

1. Meine Arbeitsfähigkeit

a) Ich bin jetzt

☐ arbeitsfähig

☐ nicht arbeitsfähig bzw. krank geschrieben

b) Zahl der **Fehlzeiten in den letzten drei Monaten** aufgrund psychischer oder körperlichen Beschwerden:

..... **Tage** war ich wegen **psychischen/psychosomatischer** Beschwerden arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit

..... **Tage** war ich wegen **körperlichen** Beschwerden arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit

c) Rentenanspruch:

☐ Ich habe zwischenzeitlich Rentenanspruch gestellt am

2. Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung in den letzten drei Monaten

a) **aufgrund psychischer/psychosomatischer Beschwerden**

..... **mal** kam es zu Terminen mit Psychotherapeuten (außerhalb der jetzigen Psychotherapie)

..... **mal** kam es zu Arztterminen (incl. Ambulanz/Poliklinikbesuch)

..... **Tage** waren Krankenhausaufenthalt notwendig

b) aufgrund **körperlicher** Beschwerden, bei denen psychische Faktoren **keine** Rolle spielen:

..... **mal** kam es zu Arztterminen (incl. Ambulanz/Poliklinikbesuch)

..... **Tage** war Krankenhausaufenthalt notwendig

Herzlichen Dank