

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

**Ärztlicher Befundbericht zum Präventionsantrag  
der Rentenversicherung**

# G190

<b>1</b> Name, Vorname	Geburtsdatum 
<b>2</b> Straße, Hausnummer	
Postleitzahl 	Wohnort
<b>3</b> arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, seit	wegen
<b>4</b> <b>Beginnende Funktionsbeeinträchtigungen</b> (zum Beispiel beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe oder psychische Beeinträchtigungen) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung, (gegebenenfalls Diagnosen):	
1.	
2.	
3.	
4.	
Ergänzende Erläuterungen:	

