

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

| | | | | | |
|----------|---|---------------------------------|--------------|-----|---|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSNR | PNR | 2 |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____ | | | | |
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen) | | | | Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| | 1. _____ | | | | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) |
| | 2. _____ | | | | Seiten- Diagn. lokali. Sicherh. |
| | 3. _____ | | | | _____ |
| | 4. _____ | | | | _____ |
| 6 | Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____ | | | | |
| 7 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung) | | | | |
| 8 | Risikofaktoren / Gefährdung durch | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | | |
| 9 | Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

**Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger
an die Rehabilitationseinrichtung**

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

| | |
|---|--------------|
| 10 Name, Vorname | Geburtsdatum |
| 11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: | |
| von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde): | |
| Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls: | |
| 12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.) | |
| 12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren | |
| <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | |
| 14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall | |
| Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____ | |
| Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja | |
| 15 Bemerkungen | |
| Erbitten Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes | |
| 16 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja | |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Deutsche
Rentenversicherung

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

| |
|---------------------------------|
| Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------------------|

| |
|------|
| MSNR |
|------|

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

- Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag
- Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation oder
- Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

| |
|--------------------------|
| ZE-Nr. (falls vorhanden) |
|--------------------------|

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn einer der Befundberichte und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

| | |
|-------------------------------|-----|
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber | |
| PLZ | Ort |

Bitte Bankverbindung unbedingt in den nachfolgenden Feldern eintragen.

| | |
|--|----------------------------|
| IBAN (International Bank Account Number) | BIC (Bank Identifier Code) |
| D E | |

| |
|--------------------------|
| Geldinstitut (Name, Ort) |
| |
| |

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

| |
|--------------|
| Rechnung vom |
|--------------|

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

| | | | | | |
|----------|--|---------------------------------|--------------|-----|---|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSNR | PNR | 2 |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____ | | | | |
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen) | | | | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) |
| | 1. | | | | Seiten- lokali. <input type="checkbox"/> |
| | 2. | | | | Diagn. Sicherh. <input type="checkbox"/> |
| | 3. | | | | <input type="checkbox"/> |
| | 4. | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____ | | | | |
| 7 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung) | | | | |
| 8 | Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | | |
| 9 | Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit? <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger - Team

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 10 Name, Vorname | Geburtsdatum | | | | | | |
| 11 Untersuchungsbefund | | | | | | | |
| Datum der letzten Befunderhebung: | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde): | | | | | | | |
| <p>Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:</p> | | | | | | | |
| 12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.) | | | | | | | |
| <p>12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> | | | | | | | |
| 13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | | | | | |
| 14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall</p> <p>Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____</p> <p>Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja</p> | | | | | | | |
| 15 Bemerkungen | | | | | | | |
| Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes | | | | | | | |
| 16 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | |
| 17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

| | | | | | |
|----------|--|---------------------------------|--------------|-----|---|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSNR | PNR | 2 |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____ | | | | |
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen) | | | | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) |
| | | | | | Seiten- Diagn. lokali. Sicherh. |
| 1. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

| | | | | | |
|----------|--|---------------------------------|--------------|-----|---|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSNR | PNR | 2 |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____ | | | | |
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen) | | | | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| | 1. _____ | | | | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) |
| | 2. _____ | | | | Seiten- Diagn. lokali. Sicherh. |
| | 3. _____ | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 4. _____ | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 | Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____ | | | | |
| 7 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung) | | | | |
| 8 | Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | | |
| 9 | Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit? <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kennzeichen (soweit bekannt) | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

Ausfertigung für die Ärztin / den Arzt

| | |
|--|-----------------------------------|
| 10 Name, Vorname | Geburtsdatum |
| 11 Untersuchungsbefund | Datum der letzten Befunderhebung: |
| von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde): | |
| Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls: | |
| 12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.) | |
| 12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren | |
| <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | |
| 14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____ Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja | |
| 15 Bemerkungen | |
| Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes | |
| 16 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja | |

Ort, Datum _____
Seite 8 von 9

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

