



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung



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)				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"/>
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	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren				
	<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: 	
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche	
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 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	
14 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung	
15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16 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 der Rentenversicherung

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)
					Seiten- Diagn. lokali. Sicherh.
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<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	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren				
	<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; width: 100px; height: 20px;"></table> Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche 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 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	
14 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung	
15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

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)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
					Seiten- lokali. Diagn. 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"/>



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: 	
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche	
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 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	
14 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung	
15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

