

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Nur für Rentenversicherungsträger:
Eingang am _____
Anlagen _____
angewiesen am _____ durch _____

beabsichtigt sind

- stationäre bzw. ambulante medizinische Leistungen
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Personalien des Patienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Zur Zeit arbeitsunfähig? nein ja, seit : _____ wegen _____

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung möglichst als Funktionsdiagnosen									
	ICD-10	Lok.	Zu.						
1.	<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>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<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>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<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>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<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>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

Name, Vorname:

VSNR:

Risikofaktoren/ Gefährdung durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige :

Untersuchungsbefund

ohne Befund sind: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschl. klinisch-chemischer/ klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

in den letzten 6 Monaten:

vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft ja nein
Erbracht wurden (Anzahl und Art):

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |

sonstige:

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Verständigung in deutscher Sprache möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, in welcher |
| Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, Bemerkung |
| Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | |
| Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbesch.) vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein sonstiger Unfall vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen: ja nein

Datum

Unterschrift

Stempel

Telefonnummer

Vers. Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die Deutsche Rentenversicherung

- | | | |
|--|------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Bayern Süd, 84024 Landshut..... | Tel.: 0871/ 81-0 | Fax 0871/ 81-2256 |
| <input type="checkbox"/> Bayern Süd, 81729 München..... | Tel.: 089/6781-0 | Fax 089/6781-2187 |
| <input type="checkbox"/> Nordbayern, 95440 Bayreuth..... | Tel.: 0921/607-0 | |
| <input type="checkbox"/> Nordbayern, 97064 Würzburg..... | Tel.: 0931/802-0 | |
| <input type="checkbox"/> Schwaben, 86223 Augsburg..... | Tel.: 0821/500-0 | Fax 0821/500-2599 |

Rechnung

über den ärztlichen Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Hinweise:

Bitte diese Rechnung nicht vom Befundbericht trennen!

Ohne Ihre genauen Angaben kann eine Erstattung des Befundberichtes nicht erfolgen. Eine Erstattung kann nur erfolgen, wenn der Befundbericht vollständig und lesbar ausgefüllt wird.

Personalien des Patienten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Straße; PLZ, Wohnort _____

Das Honorar (einschließlich Verwaltungskostenpauschale) in Höhe von 27,20 € soll angewiesen werden:

Bankverbindung (IBAN International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber	

Rechnungsnummer: _____ Rechnung vom: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes mit genauer Anschrift (Stempel)

INFORMATIONSBLATT FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Der Begriff „**Leistungen zur Teilhabe**“ wurde als Oberbegriff für alle Leistungen zur Rehabilitation ab 01.07.2001 vom Gesetzgeber eingeführt.

Allgemeines

In diesem Zusammenhang erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess einbeziehen – insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Rehabilitation der Rentenversicherung wendet sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

Im Patienteninteresse dürfen wir Sie bitten, den ärztlichen **Befundbericht umgehend** zu erstellen und **zur Abholung bereitzuhalten**. Bitte händigen Sie den Befundbericht **und** die Honorar-Abrechnung sowie die evtl. beizufügenden Facharzt-/Krankenhausberichte (siehe unten) und/oder Fotokopien Ihres(r) Patient(in) im verschlossenen Umschlag aus. Falls die Befundunterlagen **nicht abgeholt werden** können, senden Sie diese bitte in einem weiteren Umschlag direkt an den/die Patienten(in). Sollte Ihnen jedoch bereits der ausgefüllte/unterschiedene **Reha-Antragsvordruck** vorliegen, empfehlen wir diesen gemeinsam mit dem **Befundbericht** sowie der Honorar-Abrechnung dem zuständigen Träger der Deutschen Rentenversicherung in einem separaten Kuvert zukommen zu lassen.

Weiterleitung
der Befundun-
terlagen und
des Antrages

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in denen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

Entwöhnungs-
behandlung

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden.

Wir bitten Sie, alle klartextlich aufgeführten **Diagnosen nach der ICD-10-GM** in der jeweils geltenden Version **zu verschlüsseln**. Mit Ihrer Diagnosen-Codierung unterstützen Sie maßgeblich den Verfahrensablauf. Die Verschlüsselungen von Diagnosen erfolgen grundsätzlich vierstellig oder fünfstellig, soweit möglich. Unter „Lok.“ ist die alphabetische Verschlüsselung "Lokalisation" einzutragen, unter „Zu.“ die alphabetische Verschlüsselung für den "Diagnosezusatz“. Es ist wichtig, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen.

ICD 10

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. bei problematischen Diagnosekombinationen). Wünsche, die die Auswahl der Klinik betreffen, werden berücksichtigt, wenn hierfür wichtige medizinische und persönliche Gründe geltend gemacht werden.

Anregungen

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

Bemerkungen

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als zwei Jahre) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen**. Sofern Ihre Patientin/Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen.

vorhandene Befunde und Berichte

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung** zu.

Ihr(e) Patient(in) ist mit der Erteilung ärztlicher Auskünfte an die Deutsche Rentenversicherung einverstanden. Ergänzend weisen wir auf § 100 SGB X hin, wonach ein Arzt verpflichtet ist, dem Leistungsträger auf Verlangen im Einzelfall Auskunft zu erteilen.

Einverständnis

Falls ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung die entsprechenden medizinischen Ermittlungen selbst veranlassen.

neue Befunderhebung

Die Vergütung für den vollständigen ärztlichen Bericht erfolgt nach den Vergütungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dabei ist zu beachten, dass das Porto, die Schreibgebühren sowie die Kosten für die Kopien in der Verwaltungskostenpauschale enthalten sind. Wir bitten deshalb, die Übersendung der Unterlagen ausreichend zu frankieren. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

Honorar

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung