



**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung**

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	<b>2</b>															
<b>2</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum				<b>Seitenlokalisierung</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>Diagnosesicherheit</b> A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose														
<b>3</b>	Straße, Hausnummer																			
	Postleitzahl	Wohnort																		
<b>4</b>	<b>Arbeitsunfähigkeit seit</b>																			
	Datum	wegen																		
<b>5</b>	<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung</b> (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Seiten- lokali.</th> <th style="width:20%; text-align:center;">Diagn. Sicherh.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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"/>
	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"/>																		
	1.																			
	2.																			
	3.																			
	4.																			
<b>6</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>																			
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:																			
<b>7</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)																			
<b>8</b>	<b>Risikofaktoren / Gefährdung durch</b>																			
	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige:																			
<b>9</b>	<b>Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>																			
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor																			





**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung**

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	<b>2</b>		
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum				
<b>3</b>	Straße, Hausnummer						
	Postleitzahl	Wohnort					
<b>4</b>	<b>Arbeitsunfähigkeit seit</b>						
	Datum	wegen					
<b>5</b>	<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung</b> (möglichst als Funktionsdiagnosen)				<b>Diagnoseschlüssel</b> ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Seiten- lokali.</td> <td style="text-align: center;">Diagn. Sicherh.</td> </tr> </table>	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
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)

MSNR

**Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht****Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger****10 Untersuchungsbefund**

Datum der letzten Befunderhebung: \_\_\_\_\_

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

 Atemwege     Herz / Kreislauf     Bauchorgane     Bewegungsapparat     Nervensystem und Psyche

**von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_\_ cm    RR: \_\_\_\_\_ mm Hg    Puls: \_\_\_\_\_

**11 Bisherige Therapien** (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)11.1 Teilnahme an DMP?     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_11.2 Integrierte Versorgung?     nein     ja**12 Gesundheitsschäden sind entstanden durch**
 Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit     Wehrdienstbeschädigung     Unfall
Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?     ja     nein, in welcher: \_\_\_\_\_Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?     ja     neinBesteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit?     ja     neinBesteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?     ja, ohne Begleitperson     ja, nur mit Begleitperson     neinBesteht Schwangerschaft?     ja**13 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

 des sozialmedizinischen Dienstes     der Rehabilitationseinrichtung
14 Antrag erfolgt auf meine Anregung     ja     nein15 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen     ja

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Seite 3 von 3

