

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe



Versicherungsnummer des Versicherten

Kennzeichen
 (soweit bekannt)

Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------------------|
| Name, Vorname, Geburtsname | | Geburtsdatum | |
| Anschrift | | | |
| Die Patientin/der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit | | Der Antrag erfolgt auf meine Anregung | |
| <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Ist die Patientin/der Patient zurzeit arbeitsunfähig? | | wegen | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Antragsrelevante Hauptdiagnose (unbedingt ICD-10-GM – Schlüssel angeben) | | Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit (in absteigender Bedeutung) ICD-10-GM | |
| Aus den Diagnosen resultieren folgende Funktionseinschränkungen/Fähigkeitsstörungen: (Objektive Befunde, z. B. des Ausmaßes der Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode) | | | |
| bereits durchgeführte Therapien: | | | |
| <input type="checkbox"/> Operation am | | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Andere Therapien | | welche? | |
| Krankheitsbeginn und -verlauf, Komplikationen | | | |
| Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen/Medikation: | | | |
| Wesentliche klinische und med.-technische Befunde: (Röntgen-Aufnahmen bitte gegen Rückgabe zur Verfügung stellen) | | | |
| Größe (ohne Schuhe) cm | Gewicht (1/2 bekleidet) kg | Blutdruck RR / | Puls je Min. BKS |
| Behandlung innerhalb der letzten sechs Monate (Medikamente mit Dosisangabe, physikalische Therapie, Psychotherapie nach Art und Häufigkeit) | | | |



WICHTIG !

**Alle Berichte der letzten drei Jahre bitte beifügen.
 Rücksendung erfolgt unmittelbar nach Einsicht.**



Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen sind keine besonderen Untersuchungen durchzuführen.

Minderung / Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der funktionellen Einschränkungen der/des Versicherten anhand der Schätzskaleten und geben Sie an, wie bedeutsam die Einschränkungen für die Erwerbsfähigkeit sind.

Funktionsbereiche → Schweregrad der Einschränkung → Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit

| Funktionsbereiche | Schweregrad der Einschränkung | | | | | Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | keine | leicht-gradig | mittel-gradig | schwer-gradig | aufgehoben | gering | mittel | hoch |
| Beweglichkeit, Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beweglichkeit, Extremitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kardiale Funktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pulmonale Funktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urogenitale Funktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emotionale Stabilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hirnleistung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | | | | | | | | |
| Gesamtschweregrad der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|---|
| Zusammenfassende Empfehlung: | | Bitte beachten Sie , dass eine Leistung zur med. Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger bis zu einem Vierjahreszeitraum nach einer ähnlichen Leistung nur aus dringenden medizinischen Gründen erbracht werden kann. |
| <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung ausreichend | <input type="checkbox"/> stationäre medizinische Leistung indiziert | |
| Welche Fachklinik erscheint nach Ihrer Meinung für die Therapie geeignet? (z. B. Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Psychosomatik) | | |
| Falls eine Leistung zur Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik angezeigt ist: Liegt bei der Patientin/dem Patienten eine ausreichende Motivation vor? | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Ist eine Alkoholentwöhnung erforderlich? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Ist die Belastbarkeit für eine Leistung zur Rehabilitation gegeben? | Ist die Patientin schwanger? | Ist eine Verständigung nur in fremder Sprache möglich? Sprache: _____ |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ist die Patientin/der Patient mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisefähig? | Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant/teilstationär durchgeführt werden? | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ | | |
| Bemerkungen | | |

Honorar

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen honoriert den vollständigen ärztlichen Befundbericht nach der Vergütungsempfehlung für die Deutsche Rentenversicherung pauschal mit **28,44 EUR** (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien). **Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (Formular G0600)**. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (zum Beispiel für ärztliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

Stempel der Ärztin/des Arztes mit Tel.-Nr.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes