



Bericht der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es wird gebeten, den Bericht der Patientin/dem Patienten zwecks Beifügung zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuhändigen. Dieser Befundbericht ist kein Gutachten im Sinne der zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesärztekammer getroffenen Honorar-Vereinbarungen.

1		Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum) 								
2	Familienname, Vorname Geburtsdatum	<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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)								
3	PLZ Anschrift									
4	Zurzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit: wegen									
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose) 1. 2. 3. 4.									
6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl </div> sonstige Behinderung:									
7	Krankheitsvorgeschichte									
8	Risikofaktoren/Gefährdung durch <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Alkohol Drogen Medikamente Nikotin </div> sonstige: Spezielle Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankung erforderlich? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> ja nein kann von mir nicht beurteilt werden </div>									
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren									

10 **Untersuchungsbefund**
 o.B.: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem u. Psyche
von der Norm abweichende Befunde:

Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:

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

12 **Anregung spezieller Maßnahmen**

Krankengymnastik	Ernährungsberatung	Nichtrauchertraining
Bewegungs-/Sporttherapie	Diätschulung	Entspannungstherapie
Rückenschule	Diabetikerschulung	Psychotherapie
Gefäßtraining		Hirnleistungstraining
Inhalationen		Logopädie
Atemgymnastik		Ergotherapie

sonstige:

13

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	ja	nein, in welcher:
Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?	ja	nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	ja	nein, Bemerkung:
Besteht eine Schwangerschaft?	ja	nein

14 **Bemerkungen:**

Erbitte Rückruf durch den Ärztlichen Dienst des RV-Trägers
 durch die/den zuständige/n Ärztin/Arzt der Reha-Klinik

15 Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein

16 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen:

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer



Gebührenabrechnungsschein

**der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes für einen Bericht zum Antrag
 auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

1. Befundbericht betrifft die/den Versicherte(n)

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)											

Familiename, Vorname				Geburtsdatum				(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)			
PLZ		Anschrift									

2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

- 2.1 Der Befundbericht ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte bei Ihnen in Behandlung steht oder in der letzten Zeit in Behandlung gestanden hat. Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.
- 2.2 Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- 2.3 Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- 2.4 Dieser - **von Ihnen abgestempelte** - Gebührenabrechnungsschein ist zusammen mit dem von Ihnen erstellten ärztlichen Befundbericht einzureichen. **Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn sowohl der Befundbericht als auch der Gebührenabrechnungsschein vollständig ausgefüllt wurden.** Die Überweisung des Honorars erfolgt auf das angegebene Bankkonto. Barüberweisungen sind nicht möglich.
- 2.5 Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 28,44 EUR einschließlich Porto, Kosten für Fotokopien und Schreibgebühren als Honorar.

3. Die Überweisung wird erbeten auf (bitte Angaben in Maschinen- oder Druckschrift)

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

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)

Ort, Datum