



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung



1	Versicherungsnummer <input type="text"/>	BKZ <input type="text" value="8"/>	PNR <input type="text" value="2"/>	
2	Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>			
	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit <input type="text"/> wegen <input type="text"/>			

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 **Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung:

7 **Krankheitsvorgeschichte** (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8 **Risikofaktoren / Gefährdung** durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige:

9 **Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input type="text"/>	BKZ <input type="text"/>	PNR <input type="text"/>
2	Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>		
4	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>	
	4 arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit wegen		
	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits		
	DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose		

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung:

7 Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8 Risikofaktoren / Gefährdung durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige:

9 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

Name, Vorname	Geburtsdatum
10	

11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung:

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: ^{0/} kg Größe: ^{1/} cm RR: mm Hg Puls:

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

13 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"/> Inhalationen		<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> sonstige:		

14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein

Besteht Schwangerschaft? ja

15 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

16 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

17 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen ja

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	BKZ	PNR	
	<input type="text"/>	8	2	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
3	Straße, Hausnummer			
	Postleitzahl	Wohnort		
4	arbeitsunfähig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ggf. seit <input type="text"/>
			wegen <input type="text"/>	

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input type="text"/>	BKZ <input type="text"/>	PNR <input type="text"/>	
2	Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>			
4	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>	DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit <input type="text"/> wegen <input type="text"/>			

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 **Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung:

7 **Krankheitsvorgeschichte** (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8 **Risikofaktoren / Gefährdung** durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige:

9 **Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

Name, Vorname	Geburtsdatum
10	

11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung:

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: ^{0/} kg Größe: ^{1/} cm RR: mm Hg Puls:

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

13 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"/> Inhalationen		<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> sonstige:		

14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein

Besteht Schwangerschaft? ja

15 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

16 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

17 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen ja