



**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>Seitenlokalisierung</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>Diagnosesicherheit</b> A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)					Seiten- Diagn. lokali. 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"/>	
<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  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

**13 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des sozialmedizinischen Dienstes  der Rehabilitationseinrichtung

14 Antrag erfolgt auf meine Anregung  ja  nein

15 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen  ja

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

