



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.

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)									

1

Familiename, Vorname		Geburtsdatum		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <small>(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)</small>							
PLZ	Anschrift										

2

3

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			
Taubheit	Blindheit	wesentliche Gehbehinderung	Rollstuhl
sonstige Behinderung:			

7

Krankheitsvorgeschichte

8

Risikofaktoren/Gefährdung durch

Alkohol	Drogen	Medikamente	Nikotin
---------	--------	-------------	---------

sonstige:

Spezielle Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankung erforderlich?

ja	nein	kann von mir nicht beurteilt werden
----	------	-------------------------------------

9

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

10 Untersuchungsbefund

o.B.:	Atemwege	Herz/Kreislauf	Bauchorgane	Bewegungsapparat	Nervensystem u. Psyche
<u>von der Norm abweichende Befunde:</u>					
Gewicht:	kg	Größe:	cm	RR:	mm Hg
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

- 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.
- Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- 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.
- Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 25,20 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
