Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	

☐ DMP-Patient

A

Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation	Diagnoseschlüssel ICD 10
1. Hauptdiagnose	☐ ☐☐.☐☐
2. Reha-relevante Nebendiagnosen	☐ ☐☐.☐☐
3. Sonstige Diagnosen	☐ ☐☐.☐☐
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines ☐ Arbeitsunfalles/Berufskrankheit ☐ Privatunfalles	

B

1. Die Antragstellung wurde angeregt durch
☐ Patient ☐ behandelnden Arzt ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenkasse ☐

2. Arbeitsunfähigkeit besteht
☐ nein ☐ ja, seit ____ wegen

C

1. Missbrauch/Gefährdung durch [Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden]
☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt
☐ nein ☐ ja

D

1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der beiden letzten Jahre bitte beifügen)

REHA0200.01/19

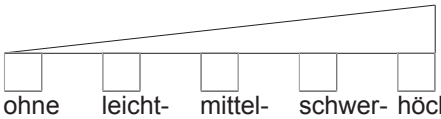
Versicherungsnummer

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen



H **Untersuchungsbefund**

1. Normalbefunde/normale Funktion — Datum der letzten Befunderhebung

☐ Sinnesorgane	☐ Bauchorgane	☐ untere Extremitäten
☐ Haut	☐ Kontinenzorgane	☐ Nervensystem
☐ Atmungsorgane	☐ Wirbelsäule	☐ Psyche
☐ Herz/Kreislauf	☐ obere Extremitäten	☐ geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. ☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ ausgeprägte Gehstörung ☐ auf Rollstuhl angewiesen ☐ ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg	Größe cm	RR mmHG	Puls

Versicherungsnummer

I

1. **Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme** aus Ihrer Sicht

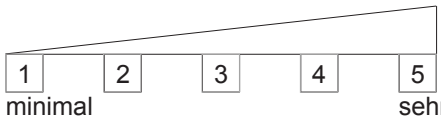
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

☐ nein ☐ ja

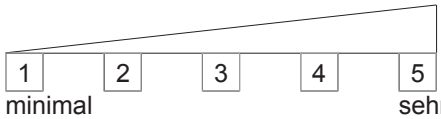
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

☐ nein ☐ ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Rehamaßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige Tätigkeit weitergeführt werden kann?

☐ nein ☐ ja

7. Haben Sie zu einem Rentenantrag geraten?

☐ nein ☐ ja

J

1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

☐ nein ☐ ja, welche?

K

1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (zum Beispiel OP) geplant?

☐ nein ☐ ja, welche?

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

☐ nein, welche? _____

☐ ja

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

☐ nein ☐ ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation?
(tägliche Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

☐ nein ☐ ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlassung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

☐ nein ☐ ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer

L

1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt ☐ des Rentenversicherungsträger ☐ der Reha-Klinik	Uhrzeit
2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen ☐ nein ☐ ja	

M

1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Bitte beifügen (möglichst in Kopie):
Apparative Befunde, Facharzt-/Krankenhausberichte, Gutachten (zum Beispiel MDK) der letzten 4 Jahre, DMP-Dokumentationsbögen

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Abrechnung des Honorars

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: **Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners**	

Ärztlicher Befundbericht (einschl. Schreibgebühr, Kopie und Portokosten) **28,91 EUR**

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers		Kennziffer des Arztes
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
IBAN (International Bank Account Number) **D E**		BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)		
Rechnungsnummer		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

REHA0200.01/19