



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	2
2	Name, Vorname	Geburtsdatum		
3	Straße, Hausnummer			SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
	Postleitzahl	Wohnort		
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit wegen			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)	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 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)

Nimmt Ihre Patientin / Ihr Patient an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

nein ja

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

14 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:		

15 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

16 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

17 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

18 Bitte um Rücksendung der beigegeführten ärztlichen Unterlagen ja

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



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

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

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 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)

Nimmt Ihre Patientin / Ihr Patient an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

nein ja

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

14 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:		

15 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

16 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

17 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

18 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen ja

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



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

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

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	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	2	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits	
3	Straße, Hausnummer		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose		
	Postleitzahl	Wohnort			
4	arbeitsunfähig?		nein ja ggf. seit wegen		

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"/>

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 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)

Nimmt Ihre Patientin / Ihr Patient an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

nein ja

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

14 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:		

15 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

16 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

17 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

18 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen ja