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

ohne	leicht-gradig	mittel-gradig	schwer-gradig	höchst-gradig

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

1 2 3 4 5

minimal sehr ausgeprägt

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

1 2 3 4 5

minimal sehr ausgeprägt

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