



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

| | | | | | |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----|--|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR | PNR | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | Arbeitsunfähigkeit seit | | | | |
| | Datum | wegen | | | |

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

| | | | | |
|----------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) | Seiten- lokali. | 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 Funktionsbeeinträchtigungen | | | |
| | <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: | | | |
| 7 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung) | | | |
| 8 | Risikofaktoren / Gefährdung durch | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |
| 9 | Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren | | | |
| | <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | |



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

| | | | | | |
|----------|--------------------------------|------------------------------|--------------|-----|---|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR | PNR | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | Arbeitsunfähigkeit seit | | | | |
| | Datum | wegen | | | |

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) | Seiten-lokali. | 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"/> |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSAT / MSNR

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**13 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?**

Falls nein, in welcher Sprache?

 nein ja**14 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?** nein ja**15 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit?** nein ja**16 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?** nein ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson**17 Besteht Schwangerschaft?** nein ja**18 Bemerkungen****19 Antrag erfolgt auf meine Anregung** nein ja

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

