



**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation**

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

**Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!**

<b>5</b>	<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung</b>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<b>Ambulante Behandlung im letzten Jahr?</b>	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	zuletzt am
<b>7</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen</b>			
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:			
<b>7.1</b>	Die Funktionsbeeinträchtigungen haben sich in den letzten 2 Jahren			seit
	<input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind unverändert geblieben			
<b>7.2</b>	Sind neue Funktionsbeeinträchtigungen aufgetreten?			seit
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Falls ja, welche?			
<b>8</b>	<b>Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhausbehandlung erforderlich?</b>			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>9</b>	<b>Wichtige Angaben zur Anamnese</b>			
<b>10</b>	<b>Letzte Medikation (mit Dosierung)</b>			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

<p><b>11 Untersuchungsbefund</b></p> <p>Datum der letzten Befunderhebung: _____</p> <p>Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:</p> <p><input type="checkbox"/> Atemwege   <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf   <input type="checkbox"/> Bauchorgane   <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat   <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche</p> <p><b>von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):</b></p>  <p>Gewicht:                      kg      Größe:                      cm      RR:                      mm Hg      Puls:</p>
<p><b>12 Bisherige Therapien in den letzten 12 Monaten</b> (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, Krankengymnastik, gegebenenfalls mit Angabe der Intensität, etc.)</p>   
<p><b>12.1 Teilnahme an DMP?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p>
<p><b>12.2 Integrierte Versorgung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>13 Allgemeinzustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> gut      <input type="checkbox"/> zufriedenstellend      <input type="checkbox"/> reduziert</p>
<p><b>14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit      <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung      <input type="checkbox"/> Unfall</p>
<p><b>15 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?</b> Falls nein, in welcher Sprache?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>16 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson      <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson</p>
<p><b>17 Belastbarkeit besteht für Leistungen (Schulungsfähigkeit)</b></p> <p><input type="checkbox"/> zur medizinischen Rehabilitation      <input type="checkbox"/> zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit      <input type="checkbox"/> nicht</p>
<p><b>18 Besteht Schwangerschaft?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung) \_\_\_\_\_

**Urschriftlich**

\_\_\_\_\_

**Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin**

