

## Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Versicherungsnummer
---------------------

Diesen Vordruck bitte **ausgefüllt in einem Umschlag** der Antragstellerin / dem Antragsteller übergeben zur Mitnahme an die den Antrag entgegennehmende Stelle. Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 25,20 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

**Hinweis:** Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient auch tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

### Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Beruf		bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des Versicherten (Ehegatten)			
arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit		wegen			
<b>Diagnosen</b>		in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen), <b>zusätzlich bitten wir auch immer um Angabe des Diagnoseschlüssels</b>		bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen	
				Spalte 1-5	
1.				6   7	
2.					
3.					
4.					
<b>jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>		Spalte 1-5: Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Spalte 6: Seitenlokalisation (sofern nicht zutreffend: Feld bitte freilassen) R = rechts L = links B = beidseitig Spalte 7: Diagnosesicherheit (muss stets benannt werden) A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = gesicherte Diagnose			
<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:					
<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)					
<b>Risikofaktoren / Gefährdung durch</b>					
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige:					
<b>tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>					
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor					

**Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung

ohne Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege  Herz/ Kreislauf  Bauchorgane  Bewegungsapparat  Nervensystem und Psyche

**von der Norm abweichende Befunde** (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):

Größe: cm Gewicht: kg RR: / mg/Hg Puls:

**bisherige Therapien in den letzten 6 Monaten** (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapien etc.)

**Anregung spezieller Maßnahmen**

- Krankengymnastik  Ernährungsberatung/ Diätschulung  Psychotherapie
- Bewegungs-/ Sporttherapie  Diabetikerschulung  Hirnleistungstraining
- Rückenschule  Entwöhnungsbehandlung  Logopädie
- Gefäßtraining  Nichtrauchertraining  Ergotherapie
- Inhalationen/ Atemgymnastik  Entspannungstherapie  sonstige:

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?  ja  nein, spricht aber

Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation?  ja  nein

Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?  ja  nein, Bemerkung

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

**Bemerkungen**

erbitte Rückruf durch  den ärztlichen Dienst des RV-Trägers  den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

**Rehabilitationsziele aus ärztlicher Sicht**

**Antrag erfolgte auf meine Anregung**  ja  nein

Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen erbeten:  ja  nein

**ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt** Zulassungsnummer

Name, Vorname Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

**Bankverbindung**  
International Bank Account Number  
IBAN Bankleitzahl Kontonummer Bank Identifier Code  
BIC

D E

Ort, Datum Stempel und Unterschrift