Deutsche Rentenversicherung
Rheinland

Erläuterungen zum Ärztlichen Befundbericht der Deutschen Rentenversicherung Rheinland für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege.

allgemeine Informationen

Ihre Patientin/Ihr Patient hat einen Antrag auf Versicherungsleistungen gestellt.

Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungsprozess einbeziehen. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir Sie um das Ausfüllen des beiliegenden ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Wir bitten, ggf. die besondere Fragestellung im Befundbericht zu beachten.

Schweigepflichts-entbindung

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Leistungsantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Bemerkungen

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können.

vorhandene Befunde und Berichte

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als 6 Monate) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen.**

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung zu.**

Ansprechpartner

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die anfordernde Stelle.

Honorar

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht vergüten wir Ihnen auf Empfehlung der Deutschen Rentenversicherung Bund ein Honorar in Höhe von derzeit 25,20 EURO. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien.
Bitte verwenden Sie die anhängende Honorarabrechnung.

Ein Untersuchungsauftrag ergibt sich aus dieser Befundberichtanforderung nicht. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Abteilung Sozialmedizin
der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Ärztlicher Befundbericht
zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Reha)

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland

1 Versicherungsnummer

2 Name, Vorname | Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

3 Straße und Hausnummer | Postleitzahl | Wohnort

4 Zurzeit arbeitsunfähig? ☐ Nein ☐ Ja, seit wegen

mehr als ☐ 3 Mon. ☐ 6 Mon. in den letzten 2 Jahren wegen

5 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)

6 Jetzige Beschwerden und Behinderungen

☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ wesentliche Gehbehinderung ☐ Rollstuhl

☐ sonstige Behinderung

7 Krankheitsvorgeschichte (insbes. KH-Aufenthalte / Untersuchungsbefunde der letzten 2 Jahre, möglichst in Kopie)

8 Risikofaktoren / Gefährdung durch

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ sonstige

9 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

Name, Vorname

Blatt 2 zum Vordruck **„aed 00007“**

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Versicherungsnummer

Reha

10 Untersuchungsbefunde

Letzte Untersuchung am:

Behandlung: ☐ regelmäßig ☐ monatlich ☐ quartalsweise ☐ gelegentlich

Gewicht kg Größe cm RR: mm Hg

o.B.: ☐ Atemwege ☐ Herz/Kreislauf ☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem u. Psyche

von der Norm abweichende Befunde und Funktionseinschränkungen:

Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen in Kopie beifügen)

Befundänderung in den letzten 2 Jahren?

☐ Nein ☐ Besserung seit: ☐ Verschlechterung seit:

11 Bisherige Therapien (Medikamente mit Dosisangaben, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

12 Besserung der Leistungsfähigkeit ggf.möglich?

☐ Nein ☐ Ja,durch medizinische Rehabilitation ☐ Ja, durch berufliche Rehabilitation

☐ Anregung spez. Maßnahmen (z.B. KG):

13 Verständigung in deutscher Sprache möglich? ☐ Ja ☐ Nein, in welcher:

Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ☐ Ja ☐ Nein, Bemerkung:

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja, Schwangerschaftsmonat:

14 Bemerkungen:

15 Antrag erfolgte auf meine Anregung ☐ Ja ☐ Nein

16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen ☐ Ja

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder Arztstempel	Telefon	Datum und Unterschrift

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

HONORAR – ABRECHNUNG Reha

Versicherungsnummer

Name, Vorname	Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

Das Honorar (einschl. Schreibgebühren, Portokosten, Kosten für beigefügte Fotokopien) für den von mir erstellten ärztlichen Befundbericht in Höhe von

25,20 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ	Wohnort

Bankverbindung ➔ bitte das **Geschäftskonto** angeben

Name des Geldinstituts

Kontonummer / IBAN-Nr.	Bankleitzahl / BIC

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

Ich bestätige hiermit, dass es sich bei der o.a. Bankverbindung um das **Geschäftskonto** handelt.

Hinweis: Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Unterschrift der Ärztin /des Arztes	Ort und Datum

An die
Deutsche Rentenversicherung
Rheinland
Gutachtenstelle
Kreuzstraße 62
40210 Düsseldorf

Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt !

Befundbericht eingegangen am:
Sachlich und rechnerisch richtig:

Unterschrift, Datum