



**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung**

<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="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"/>
<b>6</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</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)			
<b>8</b>	<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>9</b>	<b>Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>			
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor			



**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung**

<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>	<b>Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)</b>	<b>Seiten-lokali.</b>	<b>Diagn. Sicherh.</b>
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)

Seite 3 von 3

