



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

## Ärztlicher Befundbericht

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 28,44 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien.  
**Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

### Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

### Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:</b>	<b>ICD-10</b>

<b>Jetzige Beschwerden:</b>

<b>Funktionseinschränkungen:</b>



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Krankheitsvorgeschichte** (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):

**Bisherige und aktuelle Therapie:**

**Untersuchungsbefunde** (körperlicher / psychopathologischer Befund):

**Wichtige medizinisch technische Befunde** (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am \_\_\_\_\_

Kontakte bestehen  wöchentlich  14-tägig  monatlich  seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

**Befundänderung** in den letzten 12 Monaten?  nein  ja, Besserung  
 ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich?  ja  
 nein – in welcher Sprache \_\_\_\_\_

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?  ja  nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich?  nein  ja  kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation?  ja  nein

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel





## Ärztlicher Befundbericht

- zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe  
 zum Rentenantrag

Versicherte/Versicherter	Versicherungsnummer
--------------------------	---------------------

## Honorarabrechnung

Das Honorar beträgt **28,44 EUR** inkl. Schreibgebühren, Porto und Kosten für beigelegte Kopien.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Befundbericht zusammen mit der Honorarabrechnung an den in Ihrem Bundesland zuständigen Standort der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>D   E</b>	

Nachfolgende Zeilen bitte nur ausfüllen, wenn der Betrag <b>nicht</b> auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll:	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Arztstempel

- Dieser Teil wird von der Deutschen Rentenversicherung Nord ausgefüllt -

### Feststellung des Rechnungsbeleges

**Der ausgefüllte sowie mit Datum, Unterschrift und Arztstempel versehene  
Arztbefundbericht ist eingegangen.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift – Namenstempel -



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

## Ärztlicher Befundbericht

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 28,44 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien.  
**Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

### Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

### Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:</b>	<b>ICD-10</b>

<b>Jetzige Beschwerden:</b>
-----------------------------

<b>Funktionseinschränkungen:</b>
----------------------------------



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Krankheitsvorgeschichte** (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):

**Bisherige und aktuelle Therapie:**

**Untersuchungsbefunde** (körperlicher / psychopathologischer Befund):

**Wichtige medizinisch technische Befunde** (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):





Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am \_\_\_\_\_

Kontakte bestehen  wöchentlich  14-tägig  monatlich  seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

**Befundänderung** in den letzten 12 Monaten?  nein  ja, Besserung  
 ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich?  ja  
 nein – in welcher Sprache \_\_\_\_\_

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?  ja  nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich?  nein  ja  kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation?  ja  nein

**Bemerkungen:**