



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 28,20 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 |
|                     |

## 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 28,20 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> |
|                                  |



