

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	
Anschrift	

☐ DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	-
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	-
3. Sonstige Diagnosen	-
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
☐ Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	☐ Privatunfalles

B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

☐ Patient ☐ beh. Arzt ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenkasse ☐ Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht
☐ nein ☐ ja, seit

C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt

☐ nein ☐ ja

D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen


☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ohne leicht- mittel- schwer- höchst- gradig gradig gradig gradig gradig

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	
Anschrift	

☐ DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	
3. Sonstige Diagnosen	
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
☐ Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	☐ Privaturunfalles

B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

☐ Patient ☐ beh. Arzt ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenkasse ☐ Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht

☐ nein ☐ ja, seit

C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt

☐ nein ☐ ja

D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen

ohne	leicht- gradig	mittel- gradig	schwer- gradig	höchst- gradig

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

☐ Sinnesorgane
☐ Haut
☐ Atmungsorgane
☐ Herz/Kreislauf

☐ Bauchorgane
☐ Kontinenzorgane
☐ Wirbelsäule
☐ obere Extremitäten

☐ untere Extremitäten
☐ Nervensystem
☐ Psyche
☐ geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. ☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ ausgeprägte Gehstörung ☐ auf Rollstuhl angewiesen ☐ ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg Größe cm RR mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

☐ nein ☐ ja

3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

☐ nein ☐ ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht

1 2 3 4 5
minimal sehr ausgeprägt

5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Rehamassnahme?

1 2 3 4 5
minimal sehr ausgeprägt

6. Expecten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

☐ nein ☐ ja

7. Haben Sie zu einem Renten Antrag geraten?

☐ nein ☐ ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

wenn ja, welche?

☐ nein ☐ ja

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

☐ nein ☐ ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

wenn nein, welche?

☐ nein ☐ ja

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

☐ nein ☐ ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

☐ nein ☐ ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

☐ nein ☐ ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

☐ nein ☐ ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

Uhrzeit

☐ des Rentenversicherungsträgers ☐ der Reha-Klinik

2. Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen

☐ nein ☐ ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

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

☐ Sinnesorgane
☐ Haut
☐ Atmungsorgane
☐ Herz/Kreislauf

☐ Bauchorgane
☐ Kontinenzorgane
☐ Wirbelsäule
☐ obere Extremitäten

☐ untere Extremitäten
☐ Nervensystem
☐ Psyche
☐ geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. ☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ ausgeprägte Gehstörung ☐ auf Rollstuhl angewiesen ☐ ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg Größe cm RR mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

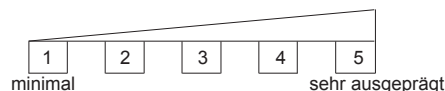
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

☐ nein ☐ ja

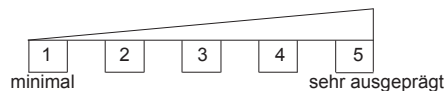
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

☐ nein ☐ ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Rehamassnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

☐ nein ☐ ja

7. Haben Sie zu einem Rentenanspruch geraten?

☐ nein ☐ ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

wenn ja, welche?

☐ nein ☐ ja

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

☐ nein ☐ ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

wenn nein, welche?

☐ nein ☐ ja

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

☐ nein ☐ ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

☐ nein ☐ ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

☐ nein ☐ ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

☐ nein ☐ ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

Uhrzeit

☐ des Rentenversicherungsträgers ☐ der Reha-Klinik

2. Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen

☐ nein ☐ ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht
(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

27,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht
(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

27,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer