



**Bericht der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes zum Antrag
 auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Es wird gebeten, den Bericht der Patientin/dem Patienten zwecks Beifügung zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuhändigen. Dieser Befundbericht ist kein Gutachten im Sinne der zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesärztekammer getroffenen Honorar-Vereinbarungen.

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)

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

1

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

2

PLZ	Anschrift
-----	-----------

3

Zurzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit: wegen

4

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose)

5

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

6

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

7

Krankheitsvorgeschichte

8

Risikofaktoren/Gefährdung durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 sonstige:

Spezielle Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankung erforderlich?

ja nein kann von mir nicht beurteilt werden

9

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren



Gebührenabrechnungsschein

der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes für einen Bericht zum Antrag
auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Befundbericht betrifft die/den Versicherte(n)

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)									

Familiename, Vorname		Geburtsdatum				<small>(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)</small>	
PLZ	Anschrift						

2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

- 2.1 Der Befundbericht ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte bei Ihnen in Behandlung steht oder in der letzten Zeit in Behandlung gestanden hat. Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.
- 2.2 Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- 2.3 Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- 2.4 Dieser - **von Ihnen abgestempelte** - Gebührenabrechnungsschein ist zusammen mit dem von Ihnen erstellten ärztlichen Befundbericht einzureichen. **Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn sowohl der Befundbericht als auch der Gebührenabrechnungsschein vollständig ausgefüllt wurden.** Die Überweisung des Honorars erfolgt auf das angegebene Bankkonto. Barüberweisungen sind nicht möglich.
- 2.5 Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 25,20 EUR einschließlich Porto, Kosten für Fotokopien und Schreibgebühren als Honorar.

3. Die Überweisung wird erbeten auf (bitte Angaben in Maschinen- oder Druckschrift)

IBAN (International Bank Account Number)				BIC (Bank Identifier Code)			
Geldinstitut (Name, Ort)							
Kontoinhaberin/Kontoinhaber							

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)

Ort, Datum
