

**Bitte oben Namen eintragen und zusammen mit der Liquidation und dem Befundbericht  
dem behandelnden Arzt übergeben!**

# Ärztlicher Befundbericht

## - nicht für onkologische Leistungen -

Sehr geehrte Frau Doktor,

sehr geehrter Herr Doktor,

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu stellen. In diesem Zusammenhang erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Damit wollen wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess einbeziehen - insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge -.

Die Rehabilitation der Rentenversicherung wendet sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

**allgemeine  
Information**

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in den Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

**Entwöhnungs-  
behandlungen**

Um prüfen zu können, ob und welche Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden.

**Befundbericht**

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. problematische Diagnosenkombinationen).

**Anregungen**

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Kollegen erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

**Bemerkungen**

Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar. Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen umgehende Rücksendung zu.

**vorhandene  
Befunde und  
Berichte**

Für den vollständigen ärztlichen Bericht vergüten wir 28,20 EUR (einschließlich Porto und Kosten für Fotokopien) als Honorar. Bitte verwenden Sie die anhängende Honorarabrechnung (Vordruck G600). Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf medizinische Rehabilitation (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten. In diesem Fall wird der Rentenversicherungsträger selbst in medizinische Ermittlungen eintreten.

**Honorar**

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See

Nach Erstellung bitte der / dem Versicherten aushändigen bzw. übersenden, da dieser den Befundbericht zusammen mit dem Antragsformular der DRV Knappschaft-Bahn-See zu übermitteln hat.

## Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung

Versicherungsnummer

2 Familienname, Vorname Geburtsdatum         (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

3 Anschrift

4 Zurzeit arbeitsunfähig?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6 Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit  Blindheit  wesentliche Gehbehinderung  Rollstuhl

Sonstige Behinderung: \_\_\_\_\_

7 Krankheitsvorgeschichte

8 Risikofaktoren/Gefährdung durch

Alkohol  Drogen  Medikamente  Nikotin

sonstige \_\_\_\_\_

9 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

Befundbericht

10 Familienname, Vorname Geburtsdatum \*

11 Untersuchungsbefund

o. B.  Atemwege Herz/Kreislauf  Bauchorgane  Bewegungsapparat  Nervensystem u. Psyche

**von der Norm abweichende Befunde:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm      RR: \_\_\_\_\_ mm Hg      Puls: \_\_\_\_\_

12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

13 Anregung spezieller Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining
<input type="checkbox"/> Bewegungs- /Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining		<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining
<input type="checkbox"/> Inhalationen		<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> sonstige: _____		

14 Verständigung in deutscher Sprache möglich?  ja  nein, in welcher

Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?  ja  nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel  ja  nein      Bemerkung:

Besteht eine Schwangerschaft  ja  nein

15 Bemerkungen:

  
  
  
  
  
  

Erbitte Rückruf  durch den Ärztlichen Dienst des RV-Trägers  durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

16 Antrag erfolgte auf meine Anregung  ja  nein

17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen:

Ort, Datum	Stempel mit Telefonnummer	Unterschrift des Arztes
------------	---------------------------	-------------------------