

## Erläuterungen zum Ärztlichen Befundbericht der Deutschen Rentenversicherung Rheinland für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

**Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege.**

Ihre Patientin/Ihr Patient hat einen Antrag auf Versicherungsleistungen gestellt.

allgemeine  
Informationen

Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungsprozess einbeziehen. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir Sie um das Ausfüllen des beiliegenden ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

**Wir bitten, ggf. die besondere Fragestellung im Befundbericht zu beachten.**

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Leistungsantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Schweigepflichts-  
entbindung

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können.

Bemerkungen

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als 6 Monate) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen.**

vorhandene  
Befunde und  
Berichte

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung zu.**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die anfordernde Stelle.

Ansprechpartner

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht vergüten wir Ihnen auf Empfehlung der Deutschen Rentenversicherung Bund ein Honorar in Höhe von derzeit 28,44 EUR. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien.

Honorar

**Bitte verwenden Sie die anhängende Honorarabrechnung.**

Ein Untersuchungsauftrag ergibt sich aus dieser Befundberichtenanforderung nicht. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

**Mit freundlichen Grüßen**

**Deutsche Rentenversicherung  
Rheinland**



Versicherungsnummer

## 10 Untersuchungsbefunde

Letzte Untersuchung am:

 Behandlung:  regelmäßig  monatlich  quartalsweise  gelegentlich

Gewicht kg Größe cm RR: mm Hg

o.B.:  Atemwege  Herz/Kreislauf  Bauchorgane  Bewegungsapparat  Nervensystem u. Psyche**von der Norm abweichende Befunde und Funktionseinschränkungen:**

Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen in Kopie beifügen)

Befundänderung in den letzten 2 Jahren?

 Nein  Besserung seit:  Verschlechterung seit:

## 11 Bisherige Therapien (Medikamente mit Dosisangaben, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

## 12 Besserung der Leistungsfähigkeit ggf.möglich?

 Nein  Ja, durch medizinische Rehabilitation  Ja, durch berufliche Rehabilitation
 Anregung spez. Maßnahmen (z.B. KG):

## 13 Verständigung in deutscher Sprache möglich?

 Ja  Nein, in welcher:Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?  Ja  NeinBesteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?  Ja  Nein, Bemerkung:Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja, Schwangerschaftsmonat:

## 14 Bemerkungen:

15 Antrag erfolgte auf meine Anregung  Ja  Nein16 Bitte um Rücksendung der beigegebenen ärztlichen Unterlagen  JaName und Anschrift der Ärztin / des Arztes  
oder Arztstempel

Telefon

Datum und Unterschrift

