

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

auf Anforderung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen



Deutsche
Rentenversicherung

Westfalen

1. Versicherungsnummer
 Abt.-Nr. **► Bitte der Deutschen Rentenversicherung Westfalen in zweifacher Ausfertigung übersenden**

2. Name, Vorname Geburtsdatum
 3. Straße und Hausnummer Postleitzahl Wohnort

4. Zurzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit _____ wegen _____

5. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)

1.	<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"/>
3.	<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"/>

wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt

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

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

2. Blatt zum ärztlichen Befundbericht

10 Untersuchungsbefund
 ohne Befund: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

11 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie usw.)

12 Anregung spezieller Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie/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: _____		

13 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

14 Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den Ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Westfalen
 durch den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung

15 Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein
 16 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen:

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder Arztstempel	Telefonnummer	Datum und Unterschrift
---	---------------	------------------------



Honorarabrechnung

Versicherungsnummer

Abt.-Nr.

► **Bitte der Deutschen Rentenversicherung Westfalen nur eine Ausfertigung übersenden**

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

Das Honorar (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten, Kosten für beigelegte Fotokopien) für den von mir erstellten ärztlichen Befundbericht in Höhe von

28,44 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

IK (Institutionskennzeichen)	oder:
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Bezeichnung des Geldinstituts	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom
---------------------------------	-----------------	--------------

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht

- von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen schriftlich angefordert wurde und
- vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der oben angegebenen Bankverbindung um das **Geschäftskonto** handelt.

→ **Hinweis:** Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

An die
**Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
48125 Münster**

Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt

Rechnung per AA 0747 beglichen

Unterschrift, Datum