

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

H

Versicherungsnummer des Versicherten

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

Kennzeichen
 (soweit bekannt)

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

Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname, Geburtsname		Geburtsdatum	
Anschrift			
Die Patientin/der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit		Der Antrag erfolgt auf meine Anregung	
<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist die Patientin/der Patient zurzeit arbeitsunfähig?		seit	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		wegen	
Antragsrelevante Hauptdiagnose (unbedingt ICD-10-GM – Schlüssel angeben)		Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit (in absteigender Bedeutung)	
		ICD-10-GM	
Aus den Diagnosen resultieren folgende Funktionseinschränkungen/Fähigkeitsstörungen: (Objektive Befunde, z. B. des Ausmaßes der Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode)			
bereits durchgeführte Therapien:			
<input type="checkbox"/> Operation am		welche?	
<input type="checkbox"/> Andere Therapien		welche?	
Krankheitsbeginn und -verlauf, Komplikationen			
Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen/Medikation:			
Wesentliche klinische und med.-technische Befunde: (Röntgen-Aufnahmen bitte gegen Rückgabe zur Verfügung stellen)			
Größe (ohne Schuhe) cm	Gewicht (1/2 bekleidet) kg	Blutdruck RR /	Puls je Min. BKS
Behandlung innerhalb der letzten sechs Monate (Medikamente mit Dosisangabe, physikalische Therapie, Psychotherapie nach Art und Häufigkeit)			

3.000 - Reha - 5 - 03/07



WICHTIG !

Alle Berichte der letzten drei Jahre bitte beifügen.
 Rücksendung erfolgt unmittelbar nach Einsicht.



Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen sind keine besonderen Untersuchungen durchzuführen.

Minderung / Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der funktionellen Einschränkungen der/des Versicherten anhand der Schätzskaleten und geben Sie an, wie bedeutsam die Einschränkungen für die Erwerbsfähigkeit sind.

Funktionsbereiche	Schweregrad der Einschränkung					Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit		
	keine	leicht-gradig	mittel-gradig	schwer-gradig	aufgehoben	gering	mittel	hoch
Beweglichkeit, Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit, Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiale Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urogenitale Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtschweregrad der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Empfehlung:		Bitte beachten Sie , dass eine Leistung zur med. Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger bis zu einem Vierjahreszeitraum nach einer ähnlichen Leistung nur aus dringenden medizinischen Gründen erbracht werden kann.
<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung ausreichend	<input type="checkbox"/> stationäre medizinische Leistung indiziert	
Welche Fachklinik erscheint nach Ihrer Meinung für die Therapie geeignet? (z. B. Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Psychosomatik)		
Falls eine Leistung zur Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik angezeigt ist: Liegt bei der Patientin/dem Patienten eine ausreichende Motivation vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ist eine Alkoholentwöhnung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ist die Belastbarkeit für eine Leistung zur Rehabilitation gegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist die Patientin schwanger? <input type="checkbox"/> ja	Ist eine Verständigung nur in fremder Sprache möglich? Sprache: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist die Patientin/der Patient mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisefähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant/teilstationär durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil		
Bemerkungen		

Es wird gebeten, diesen Bericht der Patientin/dem Patienten im verschlossenen Umschlag auszuhändigen, damit der Befundbericht dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beigelegt werden kann.

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an, damit wir Ihnen für diesen Befundbericht die Gebühr in Höhe 25,20 EUR überweisen können. Mit dieser Gebühr sind auch die Schreib- und Portokosten abgegolten.

Ort, Datum

Arztstempel mit Tel.-Nr.	
Bankverbindung	
BLZ	
Kontonummer	

Unterschrift des Arztes