



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	PNR	Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
2	Name, Vorname	Geburtsdatum			
3	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort			
4	Arbeitsunfähigkeit seit				
	Datum	wegen			

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen			
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:			
7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)			
8	Risikofaktoren / Gefährdung durch			
	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige:			
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren			
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

10 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung: _____

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

 Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):

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

11 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)**11.1** Teilnahme an DMP? nein ja, welche? _____**11.2** Integrierte Versorgung? nein ja**12 Gesundheitsschäden sind entstanden durch** Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall**13 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?**

Falls nein, in welcher Sprache?

 nein ja**14 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?** nein ja**15 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit?** nein ja**16 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?** nein ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson**17 Besteht Schwangerschaft?** nein ja**18 Bemerkungen****19 Antrag erfolgt auf meine Anregung** nein ja

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung) _____



