

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Versicherungsnummer

Diesen Vordruck bitte ausgefüllt in einem Umschlag der Antragstellerin / dem Antragsteller übergeben zur Mitnahme an die den Antrag entgegennehmende Stelle. Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,91 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Hinweis: Bitte senden Sie uns ärztliche Unterlagen ausschließlich in Kopie zu!

Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Beruf		bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des Versicherten (Ehegatten)			
arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit		wegen			
Diagnosen		in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen), zusätzlich bitten wir auch immer um Angabe des Diagnoseschlüssels		bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen	
				Spalte 1-5	
1.				6 7	
2.					
3.					
4.					
jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen		Spalte 1-5: Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Spalte 6: Seitenlokalisierung (sofern nicht zutreffend: Feld bitte freilassen) R = rechts L = links B = beidseitig Spalte 7: Diagnosesicherheit (muss stets benannt werden) A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = gesicherte Diagnose			
<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:					
Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)					
Risikofaktoren / Gefährdung durch					
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin					
<input type="checkbox"/> sonstige:					
tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren					
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor					

