

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 28,44 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					

Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung

ohne Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege
- Herz/ Kreislauf
- Bauchorgane
- Bewegungsapparat
- Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):

Größe:

cm

Gewicht:

kg

RR:

mm/Hg

Puls:

bisherige Therapien in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapien etc.)

Anregung spezieller Maßnahmen

- Krankengymnastik
- Ernährungsberatung/ Diätschulung
- Psychotherapie
- Bewegungs-/ Sporttherapie
- Diabetikerschulung
- Hirnleistungstraining
- Rückenschule
- Entwöhnungsbehandlung
- Logopädie
- Gefäßtraining
- Nichtrauchertraining
- Ergotherapie
- Inhalationen/ Atemgymnastik
- Entspannungstherapie
- sonstige:

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, spricht aber _____

Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation? ja nein

Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln? ja nein, Bemerkung _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bemerkungen

erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

Rehabilitationsziele aus ärztlicher Sicht

Antrag erfolgte auf meine Anregung

ja

nein

ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt

Zulassungsnummer

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bankverbindung

International Bank Account Number

Bank Identifier Code

IBAN

BIC

D E _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift