

L.-Art	Versicherungsnummer	Datum Anforderung	Kennzeichen

Ärztlicher Befundbericht

1	Familienname, Vorname	Geburtsdatum
2	Postleitzahl, Anschrift	
3	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose): 1. 2. 3. 4.	
4	Jetzige Beschwerden:	
5	Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen:	
6	Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie)	
7	Bisherige und derzeitige Therapie	

8 Familienname, Vorname Geburtsdatum

9 Untersuchungsbefunde: letzte Untersuchung am
Gewicht: kg Größe: : cm RR: : mm Hg
von der Norm abweichende klinische Untersuchungsbefunde:

10 Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):

11 Patient befindet sich seit dem regelmäßig monatlich quartalsweise gelegentlich
in meiner Behandlung

12 zur Zeit arbeitsunfähig? nein ja, seit: : wegen

13 Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren? nein ja, mehr als 3 Monate mehr als 6 Monate
wegen

14 Befundänderungen in den letzten 12 Monaten? nein Besserung Verschlechterung seit
Befundänderungen in den letzten 3 Jahren? nein Besserung Verschlechterung seit

15 Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher

16 Besteht Reisefähigkeit für öffentl. Verkehrsmittel? ja nein, Bemerkungen

17 Besserung der Leistungsfähigkeit ggf. möglich? nein ja, durch medizinische Rehabilitation
 kann ich nicht beurteilen ja, durch Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben

18 Bemerkungen:

19 Erbitten Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers; Tel.-Nr. des Arztes: _____

20 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen

**Bitte beiliegende Gebühren-
rechnung ausfüllen!**

Ort/Datum Unterschrift des Arztes/Stempel

Postleitzahl, Wohnort, Straße

Bitte beifügen (möglichst in Kopie):
Ihnen vorliegende Befunde/Berichte, Krankenhausentlassberichte der letzten 3 Jahre

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer	Datum der Anforderung	Kennzeichen
---------------------	-----------------------	-------------

Ärztlicher Befundbericht im Rentenverfahren

Patient/in (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

28,91 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)	
D E			
Geldinstitut (Name, Ort)			
Rechnungsnummer			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Hinweise für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Die medizinischen Angaben sind für uns vor allem unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwieweit die Erkrankungen auf das Erwerbsleben Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmin-dernden Einfluss haben. Deshalb bitten wir Sie, neben Nennung der konkret vorliegenden Diagnosen, vor allem um Angaben zu Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Rentenantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht zahlen wir auf der Grundlage der Empfehlung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für die gesetzliche Rentenversicherung zum 01.01.2017 ein Honorar, einschließlich Porto, Fotokopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die beiliegende Gebührenrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Die zeitnahe Erstellung des Befundberichtes liegt auch im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten.