



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patientin/Ihr Patient hat einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt. Wir wollen Ihre ärztlichen Erkenntnisse über ihr/sein Krankheitsbild in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Deshalb bitten wir Sie um das Ausfüllen des auf den Seiten 2-3 folgenden ärztlichen Befundberichts.

Die medizinischen Angaben sind für uns vor allem unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwieweit die Erkrankungen für das Erwerbsleben Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmindernden Einfluss haben. Deshalb erbitten wir vor allem Angaben über die Funktionsstörungen und nicht nur über Diagnosen.

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 Sozialgesetzbuchs X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Die Vergütung für den vollständig erstellten Befundbericht beträgt 21,71 EUR. Zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien wird eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 7,20 EUR vergütet. Bitte verwenden Sie die auf Seite 4 folgende Honorarabrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können 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.

Bitte beachten Sie, dass wir nur von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover **angeforderte** Befundberichte honorieren.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
Ärztlicher Dienst



Ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag

1	Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)		
2	Familienname, Vorname	Geburtsdatum	(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
3	PLZ	Anschrift	
4	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen):		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
5	Jetzige Beschwerden:		
6	Funktionseinschränkungen:		
7	Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie):		
8	Bisherige und derzeitige Therapie:		



Gebührenabrechnungsschein

der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes für einen Befundbericht zum Rentenantrag

1. Befundbericht betrifft die/den Versicherte(n):

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)									

Familiename, Vorname		Geburtsdatum	(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
PLZ	Anschrift		

2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

- 2.1 Der Befundbericht ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte bei Ihnen in Behandlung steht oder in der letzten Zeit in Behandlung gestanden hat. Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.
- 2.2 Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- 2.3 Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- 2.4 Dieser – **von Ihnen abgestempelte** – Gebührenabrechnungsschein ist zusammen mit dem von Ihnen erstellten ärztlichen Befundbericht einzureichen. **Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn sowohl der Befundbericht als auch der Gebührenabrechnungsschein vollständig ausgefüllt wurden.** Die Überweisung des Honorars erfolgt auf das angegebene Bankkonto. Barüberweisungen sind nicht möglich.
- 2.5 Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 28,91 EUR einschließlich Porto, Kosten für Fotokopien und Schreibgebühren als Honorar.

3. Die Überweisung wird erbeten auf (bitte Angaben in Maschinen- oder Druckschrift)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)	Ort, Datum / Unterschrift