



Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen

Versicherungsnummer

Diesen Vordruck bitte **ausgefüllt in einem Umschlag** der Antragstellerin/dem Antragsteller zur Beförderung an die den Antrag entgegennehmende Stelle übergeben. Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 33,47 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Angaben zur Person		
Name	Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname
Geburtsdatum	Geschlecht	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral	
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Angaben zum gesetzlichen Betreuer (falls bestimmt)		
Name, Vorname		
Anschrift		
Diagnosen	In der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen), zusätzlich bitten wir auch immer um Angabe des Diagnoseschlüssels	bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen
1.		Spalte 1-5: 6 7
2.		
liegt ein Suchtproblem vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben		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
Angaben zur Vorgeschichte		
frühere stationäre Behandlungen		
aktueller Befund		

