Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Versicherungsnummer

Absender

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Kranichfelder Straße 3
99097 Erfurt

Nur für Rentenversicherungsträger:
Eingang am

Anlagen

angewiesen am durch

Werks-/Betriebsärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

beabsichtigt sind ☐ stationäre bzw. ☐ ambulante medizinische Leistungen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl / Wohnort	

Zurzeit arbeitsunfähig?
☐ nein ☐ ja, seit ..... wegen.....

Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseitig

Diagnosesicherheit
A = Ausgeschlossene Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = Zustand nach
G = Gesicherte Diagnose

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)

		Diagnoseschlüssel (bitte linksbündig, ohne Punkt ausfüllen) ICD-10-GM	Seiten-lokalisation	Diagnose-sicherheit
1.	.....			
2.	.....			
3.	.....			
4.	.....			

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ wesentliche Gehbehinderung ☐ Rollstuhl
☐ sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Risikofaktoren
Gefährdung durch ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin
☐ sonstige.....

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

☐ liegen nicht vor

Name, Vorname	Geburtsdatum

Untersuchungsbefund

o. B.: ☐ Atemwege ☐ Herz/Kreislauf ☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem u. Psyche

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

Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm RR: ...../..... mm Hg Puls: ...../min

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)

☐ in den letzten 6 Monaten:

☐ vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft ☐ ja ☐ nein

Erbracht wurden (Anzahl und Art):

Anregung spezieller Maßnahmen

☐ Krankengymnastik
☐ Bewegungs-/Sporttherapie
☐ Rückenschule
☐ Gefäßtraining
☐ Inhalation
☐ Atemgymnastik
☐ Ernährungsberatung
☐ Diätschulung
☐ Diabetikerschulung
☐ Entwöhnungsbehandlung
☐ Nichtrauchertraining
☐ Entspannungstherapie
☐ Psychotherapie
☐ Hirnleistungstraining
☐ Logopädie
☐ Ergotherapie

☐ sonstige:.....

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	☐ ja	☐ nein, in welcher .....
Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben?	☐ ja	☐ nein
Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation?	☐ ja	☐ nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	☐ ja	☐ nein, Bemerkung .....
Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten?	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	
Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor?	☐ ja	☐ nein
Liegt ein Versorgungsleiden (z. B. Wehrdienstbesch.) vor?	☐ ja	☐ nein
Liegt ein sonstiger Unfall vor?	☐ ja	☐ nein

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt
des Sozialmedizinischen Dienstes ☐ des RV-Trägers. ☐ der Rehabilitationseinrichtung.

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung ☐ ja ☐ nein

Ich bitte um Rückgabe der beigefügten ärztlichen Unterlagen: ☐

....

Ort/Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer