



**Kurzinformation
für den behandelnden Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen**

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege!

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland einen Antrag auf Übernahme der Kosten für ein Hörgerät als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Um prüfen zu können, ob ein Hörgerät ausschließlich für die konkrete Berufsausübung benötigt wird, bitten wir Sie als behandelnde Fachärztin / behandelnden Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen den beiliegenden ärztlichen Befundbericht unter Berücksichtigung der Ihnen vorgelegten Arbeitsplatzbeschreibung auszufüllen.

Sofern Ihnen Befunddokumente vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht vergüten wir Ihnen ein Honorar in Höhe von derzeit 28,44 EURO (einschließlich Schreibgebühr, Porto und Kosten für Fotokopien). Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (**Seite 4** des Formulars).

Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag (zum Beispiel für zusätzliche Untersuchungen) können von der Deutschen Rentenversicherung nicht erstattet werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Deutsche Rentenversicherung Rheinland



Befundbericht

der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes für Hals-Nasen-Ohren- Erkrankungen zur Antragstellung für ein Hörgerät als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Datum: _____

Versicherungsnummer

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

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

1. _____

2. _____

3. _____

2. Ist bereits ein Hörgerät vorhanden?

ja nein

2.1 Hörhilfe ist vorhanden:

2.1.1 Reicht die bereits vorhandene Hörhilfe für alle Situationen des Alltags
(Grundversorgung einschließlich Teilnahme am Straßenverkehr,
Teilnahme an Seminaren, Stammtischgespräche und so weiter) aus?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

2.1.2 Reicht die bereits vorhandene Hörhilfe für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit aus?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

2.2 Hörhilfe ist nicht vorhanden:

2.2.1 Aus welchen medizinischen Gründen (Diagnose, Krankheitsbild) ist es erforderlich, dass Ihre Patientin / Ihr Patient zur Ausübung ihrer / seiner beruflichen Tätigkeit am Arbeitsplatz eine spezifische Hörhilfe benötigt, die über die Grundversorgung (einschließlich Teilnahme am Straßenverkehr, Teilnahme an Seminaren, Stammtischgespräche und so weiter) hinaus geht?

2.2.2 Über welche Ausstattungsmerkmale muss die Hörhilfe aufgrund der genannten medizinischen Gründe verfügen?

**3. Wenn bereits ein Kostenvoranschlag vorliegt:
Ist die vom Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe**

- notwendig für die alltäglichen Situationen?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

- notwendig für die Ausübung der konkreten beruflichen Tätigkeit?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

4. Weitere medizinische Anmerkungen

Erbitte Rückruf der Abteilung Sozialmedizin des Rentenversicherungsträgers.

Bitte senden Sie mir die beigelegten Unterlagen zurück.

Honorarabrechnung ist beigelegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes / Telefonnummer

