**Deutsche Rentenversicherung Schwaben**
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg
Briefadresse: 86223 Augsburg

Telefon 0821 500-0, Telefax 0821 500-1000
kostenloses Bürgertelefon 0800 100048021
info@drv-schwaben.de
www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de

Deutsche Rentenversicherung

| **Versicherungsnummer** | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---|---|
| | |

**Angaben zu d. Patienten/Patientin für d. die Angaben erbeten werden**

| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| Straße, Hausnummer | | |
| Postleitzahl | Wohnort | |

## Hinweisblatt – Anforderung eines Befundberichtes

Sehr geehrte Frau Doktor,
Sehr geehrter Herr Doktor,

zur Prüfung des Anspruchs Ihrer Patientin/Ihres Patienten auf

☐ Rente wegen Erwerbsminderung
☐ Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung

wollen wir Ihre ärztliche Beurteilung über ihr/sein Krankheitsbild in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Deshalb bitten wir Sie, den beiliegenden ärztlichen Befundbericht auszufüllen.

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 Funktionsstörungen und nicht nur über Diagnosen.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Antrag 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 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) hin. Danach ist der Arzt/der Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Für den vollständig und sorgfältig ausgefüllten ärztlichen Bericht zahlen wir (nach der Vergütungsempfehlung für die gesetzliche Rentenversicherung) 28,91 EUR einschl. Kosten für Porto, Fotokopien und Schreibgebühren. Bitte frankieren Sie die Sendung deshalb ausreichend und verwenden Sie die anhängende Honorarabrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können von uns 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.

Falls Sie es vorziehen, uns einen PC-Ausdruck zu übersenden, steht Ihnen dieses Formular auch im Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung Schwaben unter *Services* → *Formulare* & *Anträge* → *Ärzte* → *Renten-Verfahren* zur Verfügung. In diesem Fall bitten wir unbedingt um Angabe der Versicherungsnummer und des Namens Ihrer Patientin/Ihres Patienten.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung
Schwaben

Deutsche Rentenversicherung
Schwaben
Sozialmedizinischer Dienst
Teambereich Abrechnung
86223 Augsburg

Befundbericht für .....geb. .....

wohnhaft .....

Versicherungsnummer .....

**hier:** Honorarabrechnung - Rechnungsnummer .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

für den beigefügten Befundbericht übersende ich Ihnen folgende Honorarabrechnung:

| | | |
|---|---|---|
| Vergütung für den Befundbericht im Rentenverfahren | 21,71 | EUR |
| Verwaltungskostenpauschale | 7,20 | EUR |
| Gesamtbetrag | 28,91 | EUR |

Name des Kontoinhabers .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

BIC ..... IBAN .....

Geldinstitut .....

**Vermerke des Rentenversicherungsträgers**

Verbuchungsstelle .....
Sachlich und rechnerisch
richtig mit ..... EUR

.....
Datum, Stempel, Unterschrift der Arztpraxis

Augsburg, .....
SMD, Gutachtengebührenstelle
i. A.

Ausgebende/ anfordernde Stelle/ Datum .....

**Ärztlicher Befundbericht für die Rentenversicherung zum Antrag auf**
**○ Rente ○ Leistung der Grundsicherung bei Erwerbsminderung**

Bitte abgeben bei / zurücksenden an:

Deutsche Rentenversicherung
Schwaben
Sozialmedizinischer Dienst
86223 Augsburg

Versicherungsnummer, unter
der die Leistung beantragt wird

.....
Name, Geburtsdatum und
Anschrift der/des Untersuchten

| | |
|---|---|
| **1** | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen):<br>1.<br>2.<br>3.<br>4. |
| **2** | Jetzige Beschwerden: |
| **3** | Funktionseinschränkungen: |
| **4** | Krankheitsvorgeschichte insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, (möglichst als Kopie): |

| | |
|---|---|
| 5 | **Bisherige und derzeitige Therapie:** |
| 6 | **Untersuchungsbefunde:** letzte Untersuchung am .....<br>Gewicht: ..... kg Größe ..... cm RR: ..... mm Hg<br>**von der Norm abweichende** klinische Untersuchungsbefunde: |
| 7 | **Wichtige medizinisch-technische Befunde** (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen): |
| 8 | Pat. befindet sich seit (dem) ..... ○ regelmäßig ○ monatlich ○ quartalsweise ○ gelegentlich in meiner Behandlung |
| 9 | Zurzeit arbeitsunfähig? ○ Nein ○ Ja, seit: wegen: |
| 10 | Arbeitsunfähigkeit in in den letzten 2 Jahren? ○ Nein ○ Ja, mehr als 3 Monate wegen: ○ mehr als 6 Monate |
| 11 | Befundänderung in den letzten 12 Monaten? ○ Nein ○ Ja ○ Besserung seit ..... ○ Verschlechterung seit ..... |
| 12 | Verständigung in deutscher Sprache möglich? ○ Ja ○ Nein, in welcher: |
| 13 | Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ○ Ja ○ Nein, Bemerkung: |
| 14 | Besserung der Leistungsfähigkeit möglich?<br>○ Nein ○ Kann ich nicht beurteilen<br>○ Ja, durch medizinische Rehabilitation ○ Ja, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben |
| 15 | Bemerkungen: |
| 16 | ☐ Bitte Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen |
| 17 | Datum Stempel Unterschrift |