

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Versicherungsnummer 	Abt.-Nr. 	Name, Vorname	Geburtsdatum <small>(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)</small>
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort

Zurzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit _____ wegen _____

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	
1. Sucht	<input type="checkbox"/>
2. Somatisch	<input type="checkbox"/>
3. Psyche	<input type="checkbox"/>
4. Substitution <input type="checkbox"/> ja, Präparat: _____, Dosis _____ mg, _____ ml <input type="checkbox"/> nein	

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit
 Blindheit
 wesentliche Gehbehinderung
 Rollstuhl

sonstige Behinderung: _____

Untersuchungsbefund

Gewicht: _____ kg
 Größe: _____ cm
 RR: _____ mm Hg
 Puls: _____

ohne Befund:
 Atemwege
 Herz/Kreislauf
 Bauchorgane
 Bewegungsapparat
 Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde:

vorhandene Laborwerte

GOT: _____ U/L
 GPT: _____ U/L
 γGT: _____ U/L
 MCV: _____ fl
 CDT-Wert: _____

Drogenscreening: nein ja, bitte Ergebnisse beifügen

Bei intravenösem Drogenkonsum:
 Hepatitis-Serologie: _____
 HIV-Serologie: _____

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Suchtanamnese

Sozialmedizinische Beurteilung des Suchtleidens

Handelt es sich um eine Suchtkrankheit mit typischen Merkmalen?
 ja nein

Ist wegen der Suchtkrankheit eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich?
 ja, und zwar stationär ambulant ganztägig ambulant nein

Prognose

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

Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bemerkungen:

Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen:

Die Erstellung des Befundberichts wurde veranlasst von		Der Befundbericht wird nur dann von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation honoriert, wenn er von einer Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke oder von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in Auftrag gegeben worden ist.
Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder Arztstempel	Telefonnummer	Datum und Unterschrift
	Telefaxnummer	

Honorarabrechnung

► Bitte übersenden Sie die Honorarabrechnung in einfacher Ausfertigung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht an die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Versicherungsnummer 	Abt.-Nr. 		
Name, Vorname		Geburtsdatum	(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

Das Honorar (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten, Kosten für beigefügte Fotokopien) für den von mir erstellten ärztlichen Befundbericht in Höhe von

30,41 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname) 	
Straße und Hausnummer 	
Postleitzahl	Ort

Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

IK (Institutionskennzeichen) 	oder:		
IBAN (International Bank Account Number) D E		BIC (Bank Identifier Code) 	
Bezeichnung des Geldinstituts 			

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer 	Rechnung vom
---------------------------------	---------------------	------------------

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht

- von einer Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke oder von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in Auftrag gegeben worden ist und
- vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der oben angegebenen Bankverbindung um das **Geschäftskonto** handelt.

→ **Hinweis:** Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**An die
Westfälische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation
(im Haus der Deutschen
Rentenversicherung Westfalen)
48125 Münster**

Wird von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ausgefüllt

Rechnung per AA 0747 beglichen

Datum und Unterschrift