

Befundbericht der behandelnden HNO-Ärztin / des behandelnden HNO-Arztes zum Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Hörhilfe als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Informationen zur Erstellung des Befundberichtes:

Ihre Patientin / Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Hörhilfe als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Um prüfen zu können, ob eine Hörhilfe für die konkrete Berufsausübung benötigt wird, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen unter Berücksichtigung der Ihnen vorgelegten Arbeitsplatzbeschreibung zu beantworten.

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 33,47 EUR (einschließlich Schreibgebühr, Porto und Kosten für Fotokopien). Bitte füllen Sie hierzu den anliegenden Honorarabrechnungsvordruck aus. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag (zum Beispiel für zusätzliche Untersuchungen) können von der Deutschen Rentenversicherung nicht erstattet werden.

Ihr fachliches Urteil bildet für uns eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung.

1. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	
1.	
2.	
3.	
2. Ist bereits eine Hörhilfe vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, warum nicht?	
2.1.2 Reicht die bereits vorhandene Hörhilfe für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 eine über die Grundversorgung (einschließlich Teilnahme am Straßenverkehr, Teilnahme an Seminaren, Stammtischgespräche und so weiter) hinausgehende Hörhilfe benötigt?

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

3.1 notwendig für die alltäglichen Situationen? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

3.2 notwendig für die Ausübung der konkreten beruflichen Tätigkeit? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

4. Gibt es aus Ihrer Sicht Alternativvorschläge?

5. Weitere medizinische Anmerkungen:

Erbitte Rückruf zu _____

Bitte senden Sie mir die beigefügten Unterlagen zurück.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes



Honorarabrechnung

Versicherungsnummer

Abt.-Nr.

► Bitte mit Schreibmaschine oder in Druckschrift ausfüllen!

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

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

33,47 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger

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

Bankverbindung → bitte das Geschäftskonto angeben

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

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

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

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

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

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt

Rechnung per AA 0747 beglichen

Unterschrift, Datum