



MSAT / MSNR

--	--	--	--

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

S0051

zum Antrag auf

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

- ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ☐ Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)
- ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- ☐ Erwerbsminderungsrente
- ☐ _____

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: <https://www.rehainfo-aerzte.de>

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Zeichenanzahl für Ihre Angaben begrenzt ist, ergänzen Sie bei Bedarf Ihren Befundbericht um ein Beiblatt.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

1 Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes / psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	Fachrichtung
<p>Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____.</p> <p>Letzter Kontakt am _____</p> <p>Kontakte bestehen <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> seltener</p> <p>Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Telefonnummer für Rückfragen: _____</p>	



	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)	
7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)	Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg
8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)	

Age Group	Number of People
10	100
20	80
30	60
40	40
50	30
60	20
70	10
80	15
90	10

(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

☐ Bewegungsmangel ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Alkohol

☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Sonstiges

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☐ Verschlechterung seit _____

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

☐ ja



