



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung Bund • 10704 Berlin

Abteilung Rehabilitation

Hohenzollerndamm 46/47
10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon 030 865-0
Telefax 030 865-27240
Servicetelefon 0800 100048070
www.deutsche-rentenversicherung-
bund.de
drv@drv-bund.de

Telefon
Telefax

Sprechzeiten:
Mo. - Do. 8 - 17 Uhr, Fr. 8 - 15 Uhr

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,

die / der Versicherte hat angegeben, bei Ihnen in ärztlicher Behandlung zu sein und im Rehabilitationsverfahren die Ärztin / den Arzt von der Schweigepflicht entbunden. Durch das sorgfältige Ausfüllen des beiliegenden Befundberichtes unterstützen Sie Ihre Patientin / Ihren Patienten bei dem Rehabilitationsantrag.

Sie werden gebeten,

- alle körperlichen Untersuchungsbefunde einzutragen, **besonders ausführlich die Befunde, die für das Erwerbsleben leistungsmindernde Funktionsstörungen darstellen.**
- Röntgenbefunde, Laborbefunde und EKG-Befunde sowie Facharztberichte und Krankenhausberichte leihweise zu übersenden oder Kopien fertigen zu lassen,
- bei Entwöhnungsbehandlung unbedingt die letzten bekannten Leberlaborwerte anzugeben.

Spezielle Fragestellung des sozialmedizinischen Dienstes (Beantwortung bitte auf der Rückseite des Befundberichtes)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Für diesen Befundbericht zahlt die Deutsche Rentenversicherung Bund 25,20 EUR einschließlich Schreibgebühr, Portokosten und beigefügten Kopien. Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung. (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de / Formulare & Publikationen / Formulare / Ärzte)

Sollte ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht möglich sein, bitten wir Sie, das Formular nicht auszufüllen. In diesem Fall werden wir selbst medizinisch ermitteln.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund

Anlage
Formularsatz G1089 PDF



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ambulante Behandlung im letzten Jahr?		<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	zuletzt am
	Datum	wegen		
arbeitsunfähig seit				
Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhausbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wichtige Angaben zur Anamnese				
Jetzige Beschwerden				
Letzte Medikation (mit Dosierung)				
Andere therapeutische Maßnahmen in den letzten 12 Monaten				
Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Allgemeinbefunde				
Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zufriedenstellend <input type="checkbox"/> reduziert				
Gewicht: kg Größe: cm				
Pathologische Befunde und dadurch bedingte Funktionsstörungen				
des Herz- und Kreislaufsystems				
RR: / Puls: / Minute				
der Atmungsorgane				
der Abdominalorgane einschließlich der Urogenitalorgane				
des Bewegungsapparates				
des Nervensystem / der Psyche				



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Wenn vorhanden, bitte Arztberichte und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen	
<input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflichtig <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Taubheit
Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren	
<input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> verschlechtert	seit <input type="checkbox"/> sind unverändert geblieben
Sind neue Leiden hinzugekommen?	welche?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
Beantwortung eventuell umseitiger spezieller Fragestellung (siehe Blatt 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)	
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson
Belastbarkeit besteht	
<input type="checkbox"/> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> nicht
Besteht Schwangerschaft?	Gesundheitsschäden sind entstanden durch
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall

Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:
Rechnungsnummer _____

Rechnung vom

Urschriftlich

Ort, Datum

**Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin**

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes
(Facharztbezeichnung)



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ambulante Behandlung im letzten Jahr?		<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	zuletzt am
	Datum	wegen		
arbeitsunfähig seit				
Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhausbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wichtige Angaben zur Anamnese				
Jetzige Beschwerden				
Letzte Medikation (mit Dosierung)				
Andere therapeutische Maßnahmen in den letzten 12 Monaten				
Teilnahme an DMP?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____		
Integrierte Versorgung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Allgemeinbefunde				
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> reduziert	
Gewicht:	kg	Größe:	cm	
Pathologische Befunde und dadurch bedingte Funktionsstörungen				
des Herz- und Kreislaufsystems				
		RR:	/	Puls:
		/ Minute		
der Atmungsorgane				
der Abdominalorgane einschließlich der Urogenitalorgane				
des Bewegungsapparates				
des Nervensystem / der Psyche				



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Wenn vorhanden, bitte Arztberichte und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen	
<input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflichtig <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Taubheit
Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren	
<input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> verschlechtert	seit <input type="checkbox"/> sind unverändert geblieben
Sind neue Leiden hinzugekommen?	welche?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
Beantwortung eventuell umseitiger spezieller Fragestellung (siehe Blatt 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)	
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson
Belastbarkeit besteht	
<input type="checkbox"/> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> nicht
Besteht Schwangerschaft?	Gesundheitsschäden sind entstanden durch
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall

Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:
Rechnungsnummer _____

Rechnung vom

Urschriftlich

Ort, Datum

**Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin**

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes
(Facharztbezeichnung)



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche
Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt),
Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ambulante Behandlung im letzten Jahr?		<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	zuletzt am
	Datum	wegen		
arbeitsunfähig seit				
Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhausbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Wichtige Angaben zur Anamnese				
Jetzige Beschwerden				
Letzte Medikation (mit Dosierung)				
Andere therapeutische Maßnahmen in den letzten 12 Monaten				
Teilnahme an DMP?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?		
Integrierte Versorgung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Allgemeinbefunde				
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> reduziert	
Gewicht:		kg	Größe:	
				cm
Pathologische Befunde und dadurch bedingte Funktionsstörungen des Herz- und Kreislaufsystems				
RR:		/	Puls:	/ Minute
der Atmungsorgane				
der Abdominalorgane einschließlich der Urogenitalorgane				
des Bewegungsapparates				
des Nervensystem / der Psyche				



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Wenn vorhanden, bitte Arztberichte und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen	
<input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflichtig <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Taubheit
Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren	
<input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> verschlechtert	seit <input type="checkbox"/> sind unverändert geblieben
Sind neue Leiden hinzugekommen?	welche?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
Beantwortung eventuell umseitiger spezieller Fragestellung (siehe Blatt 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)	
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson
Belastbarkeit besteht	
<input type="checkbox"/> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> nicht
Besteht Schwangerschaft?	Gesundheitsschäden sind entstanden durch
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall

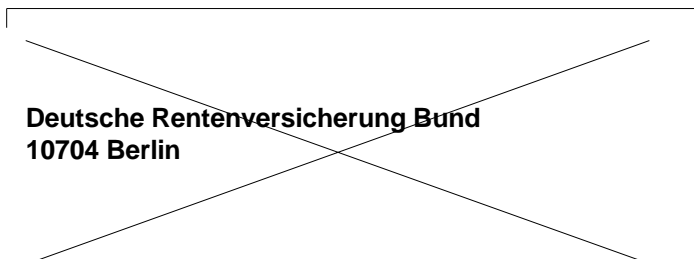
Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:
Rechnungsnummer _____

Rechnung vom

Urschriftlich



**Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin**

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes
(Facharztbezeichnung)

