



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung



1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	2
2	Name, Vorname		Geburtsdatum		
3	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort			
4	arbeitsunfähig?				
	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____				
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
	1.				Seiten- Diagn. lokali. Sicherh. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen				
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl				
	<input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____				
7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)				
8	Risikofaktoren / Gefährdung durch				
	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin				
	<input type="checkbox"/> sonstige: _____				
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren				
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor				



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

**Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger
an die Rehabilitationseinrichtung**

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

10 Name, Vorname	Geburtsdatum
11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: 	
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche	
von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):	
Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:	
12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)	
12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall	
Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____	
Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein	
Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja	
14 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung	
15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift 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



Deutsche
Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

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

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

G1204 / G1205 (Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag)
G1443 (Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation)
G2401 (Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation) oder
G3004 / G3005 (Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

ZE-Nr. (falls vorhanden)

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn einer der o. g. Befundberichte und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaber / Kontoinhaber	
PLZ	Ort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

Rechnung vom

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	2		
2	Name, Vorname		Geburtsdatum				
3	Straße, Hausnummer						
	Postleitzahl	Wohnort					
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____						
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagonenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali. Diagn. Sicherh.	
1.					<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____						
7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)						
8	Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____						
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> liegen nicht vor						



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht
Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger - Team

10 Name, Vorname	Geburtsdatum
11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde): 	
Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:	
12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)	
12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____ Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja	
14 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung	
15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum
Seite 5 von 9

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	2
2	Name, Vorname		Geburtsdatum		
3	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort			
4	arbeitsunfähig?				
	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____				
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
					Seiten- lokali. Diagn. Sicherh.
	1.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	2	
2	Name, Vorname		Geburtsdatum			
3	Straße, Hausnummer					
	Postleitzahl	Wohnort				
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. seit _____ wegen _____					
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagonenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	
1.					Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____					
7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)					
8	Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____					
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> liegen nicht vor					



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht

Ausfertigung für die Ärztin / den Arzt

10 Name, Vorname	Geburtsdatum
<p>11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: </p> <p>Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:</p> <p> <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche </p> <p>von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):</p> <p> Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls: </p>	
<p>12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)</p> <p> 12.1 Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja </p>	
<p>13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch</p> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall </p> <p> Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher: _____ Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja </p>	
<p>14 Bemerkungen</p> <p>Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt</p> <p> <input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung </p>	
<p>15 Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja</p>	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 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**~~Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin~~**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für**

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

G1204 / G1205 (Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag)
 G1443 (Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation)
 G2401 (Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation) oder
 G3004 / G3005 (Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

ZE-Nr. (falls vorhanden)

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn einer der o. g. Befundberichte und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
PLZ	Ort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

