

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	
Anschrift	

DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Privatunfalles

B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

Patient beh. Arzt Betriebsarzt Krankenkasse Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht

nein ja, seit

C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (γ GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

Alkohol Drogen Medikamente Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt

nein ja

D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen

ohne leicht-gradig mittel-gradig schwer-gradig höchst-gradig

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Sinnesorgane
 Haut
 Atmungsorgane
 Herz/Kreislauf

- Bauchorgane
 Kontinenzorgane
 Wirbelsäule
 obere Extremitäten

- untere Extremitäten
 Nervensystem
 Psyche
 geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. Taubheit Blindheit ausgeprägte Gehstörung auf Rollstuhl angewiesen ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg | Größe cm | RR mmHG | Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

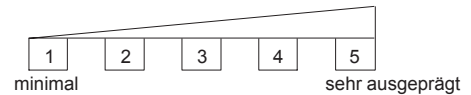
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

nein ja

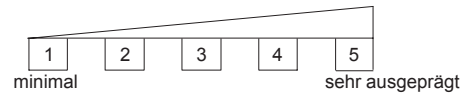
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

nein ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die RehaMaßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

nein ja

7. Haben Sie zu einem Rentenantrag geraten?

nein ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

nein ja

wenn ja, welche?

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant?

nein ja

wenn ja, welche?

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

nein ja

wenn nein, welche?

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

nein ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

nein ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

nein ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

nein ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Rentenversicherungsträgers der Reha-Klinik

Uhrzeit

2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

nein ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Bitte beifügen (möglichst in Kopie):

Apparative Befunde, Facharzt-/Krankenhausberichte, Gutachten (z. B. MDK) der letzten 4 Jahre, DMP-Dokumentationsbögen

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht
(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

25,20 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes versehen ist und Ihr Patient einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellt. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Verbandsempfehlung vom 29. November 2001 – gültig ab 1. Januar 2002 –.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Kto.-Nr.	BLZ
Bank/Sparkasse/Postbank	
IBAN – nur bei Auslandszahlungen –	BIC

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer