

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	BKZ <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text" value="8"/>	PNR <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text" value="2"/>		
2	Name, Vorname <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>	ZUSATZ 0 = kein Zusatz 1 = z. Z. erscheinungsfrei 2 = akuter Schub / Rezidiv 3 = chronisch progredient 4 = Zustand nach 5 = Zust. n. Op. 6 = Zust. n. Amputation von Extremität(en) / Zust. n. Transplantationen 7 = Endoprothese / Herzschrittmacher / Bypass 8 = Dialyse / Gefäßdilataion / Thrombektomie		
3	Straße, Hausnummer <input style="width: 90%;" type="text"/>				
4	Postleitzahl Wohnort <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>				
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD 10. Rev. (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	
	1.	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Zusatz <input style="width: 20px;" type="text"/>
	2.	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	3.	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	4.	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input style="width:100%;" type="text"/>	BKZ <input style="width:100%; text-align: center; font-weight: bold;" type="text"/> 8	PNR <input style="width:100%; text-align: center; font-weight: bold;" type="text"/> 2	
2	Name, Vorname <input style="width:90%;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width:100%;" type="text"/>		ZUSATZ 0 = kein Zusatz 1 = z. Z. erscheinungsfrei 2 = akuter Schub / Rezidiv 3 = chronisch progredient 4 = Zustand nach 5 = Zust. n. Op. 6 = Zust. n. Amputation von Extremität(en) / Zust. n. Transplantationen 7 = Endoprothese / Herzschrittmacher / Bypass 8 = Dialyse / Gefäßdilataion / Thrombektomie
3	Straße, Hausnummer <input style="width:95%;" type="text"/>			
	Postleitzahl Wohnort <input style="width:15%;" type="text"/> <input style="width:85%;" type="text"/>			
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD 10. Rev. (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) Zusatz
	1.	<input style="width:100%;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="checkbox"/>
	2.	<input style="width:100%;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="checkbox"/>
	3.	<input style="width:100%;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="checkbox"/>
	4.	<input style="width:100%;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="checkbox"/>

6 **Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

7 **Krankheitsvorgeschichte** (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8 **Risikofaktoren / Gefährdung** durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 sonstige:

9 **Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

10 Name, Vorname Geburtsdatum

	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

11 **Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung:

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

Ohne Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege
 Herz / Kreislauf
 Bauchorgane
 Bewegungsapparat
 Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschl. Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht:

--	--	--

 kg
 Größe:

--	--	--

 cm
 RR: _____ mm Hg
 Puls: _____

12 **Bisherige Therapien** (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

13 **Anregung spezieller Maßnahmen**

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining
<input type="checkbox"/> Bewegungs- / Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining		<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining
<input type="checkbox"/> Inhalationen		<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> sonstige:		

14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentl. Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein

Besteht Schwangerschaft? ja

15 **Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

16 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen ja