

**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**



<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	<b>2</b>	
<b>2</b>	Name, Vorname			Geburtsdatum	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
<b>3</b>	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
<b>4</b>	arbeitsunfähig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ggf. seit	wegen

<b>5</b>	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	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 Funktionseinschränkungen und Beschwerden**

Taubheit     
  Blindheit     
  wesentliche Gehbehinderung     
  Rollstuhl  
 sonstige Behinderung:

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

**8 Risikofaktoren / Gefährdung durch**

Alkohol     
  Drogen     
  Medikamente     
  Nikotin  
 sonstige:

**9 Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?**

liegen nicht vor



Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>10</b>	

**11 Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung:

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

Gewicht: <sup>0/</sup>  kg Größe: <sup>1/</sup>  cm RR:  mm Hg Puls:

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

**12.1** Teilnahme an DMP?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?  nein  ja

**13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

**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 öffentliche Verkehrsmittel?  ja, ohne Begleitperson  ja, nur mit Begleitperson  nein

Besteht Schwangerschaft?  ja

**15 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes

**16** Antrag erfolgt auf meine Anregung  ja  nein

**17** Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen  ja

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_





**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	<b>2</b>	
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum		<b>SEITENLOKALISATION</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>DIAGNOSESICHERHEIT</b> A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
<b>3</b>	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort			
<b>4</b>	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    ggf. seit    wegen				

<b>5</b>	<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)</b>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	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 Funktionseinschränkungen und Beschwerden**

Taubheit     Blindheit     wesentliche Gehbehinderung     Rollstuhl  
 sonstige Behinderung:

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

**8 Risikofaktoren / Gefährdung durch**

Alkohol     Drogen     Medikamente     Nikotin  
 sonstige:

**9 Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?**

liegen nicht vor



Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>10</b>	

**11 Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung:

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

Gewicht: <sup>0/</sup>  kg Größe: <sup>1/</sup>  cm RR:  mm Hg Puls:

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

**12.1** Teilnahme an DMP?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?  nein  ja

**13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

**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 öffentliche Verkehrsmittel?  ja, ohne Begleitperson  ja, nur mit Begleitperson  nein

Besteht Schwangerschaft?  ja

**15 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes

**16** Antrag erfolgt auf meine Anregung  ja  nein

**17** Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen  ja

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_





**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	<b>2</b>	
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
<b>3</b>	Straße, Hausnummer				
	Postleitzahl	Wohnort		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
<b>4</b>	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    ggf. seit    wegen				

<b>5</b>	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	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"/>





**Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR	<b>2</b>
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum	
<b>3</b>	Straße, Hausnummer			
	Postleitzahl	Wohnort		
<b>4</b>	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    ggf. seit    wegen			
	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits			
	DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose			

<b>5</b>	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seitenlokal.	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 Funktionseinschränkungen und Beschwerden**

Taubheit     Blindheit     wesentliche Gehbehinderung     Rollstuhl  
 sonstige Behinderung:

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

**8 Risikofaktoren / Gefährdung durch**

Alkohol     Drogen     Medikamente     Nikotin  
 sonstige:

**9 Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?**

liegen nicht vor



Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>10</b>	

**11 Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung:

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

Gewicht:  <sup>0/</sup>  kg      Größe:  <sup>1/</sup>  cm      RR:  mm Hg      Puls:

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

**12.1** Teilnahme an DMP?     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?     nein     ja

**13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

**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 öffentliche Verkehrsmittel?     ja, ohne Begleitperson     ja, nur mit Begleitperson     nein

Besteht Schwangerschaft?     ja

**15 Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes

**16** Antrag erfolgt auf meine Anregung     ja     nein

**17** Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen     ja

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

