



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

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	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 _____					
<b>5</b>	<b>Diagnosen</b> in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				<b>Seitenlokalisierung</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>Diagnosesicherheit</b> A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
	Diagnosenschlüssel 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"/>
<b>6</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>					
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____					
<b>7</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)					
<b>8</b>	<b>Risikofaktoren / Gefährdung</b> durch					
	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____					
<b>9</b>	<b>Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?</b>					
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor					



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger  
an die Rehabilitationseinrichtung**

**Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht**

<b>10</b> Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>11 Untersuchungsbefund</b> Datum der letzten Befunderhebung: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>	
<b>von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):</b>	
Gewicht:                    kg      Größe:                    cm      RR:                    mm Hg      Puls:	
<b>12 Bisherige Therapien</b> (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	
<b>13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>	
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor	
<b>14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch</b>	
<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	
<b>15 Bemerkungen</b>	
Erbitten Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes	
<b>16 Antrag erfolgt auf meine Anregung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen</b> <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.**

Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
PLZ	Ort

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

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:	Rechnung vom
Rechnungsnummer	

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes





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

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	<b>2</b>
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum		<b>Seitenlokalisierung</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</b> in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
	1.				Seiten- lokali. <input type="checkbox"/>
	2.				Diagn. Sicherh. <input type="checkbox"/>
	3.				<input type="checkbox"/>
	4.				<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>   <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____				
<b>7</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)				
<b>8</b>	<b>Risikofaktoren / Gefährdung</b> durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____				
<b>9</b>	<b>Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?</b>   <input type="checkbox"/> liegen nicht vor				



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht**

**Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger - Team**

<b>10</b> Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>11 Untersuchungsbefund</b> Datum der letzten Befunderhebung: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>	
<b>von der Norm <u>abweichende</u> Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):</b>	
Gewicht:            kg    Größe:            cm    RR:            mm Hg    Puls:	
<b>12 Bisherige Therapien</b> (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)	
<b>12.1</b> Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Integrierte Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>	
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor	
<b>14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch</b>	
<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	
<b>15 Bemerkungen</b>	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes	
<b>16 Antrag erfolgt auf meine Anregung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>17 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen</b> <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)





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

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	PNR	<b>2</b>
<b>2</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum		<b>Seitenlokalisierung</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</b> in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
	1.				Seiten- Diagn. lokali. Sicherh.
	2.				
	3.				
	4.				





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

<b>1</b>	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	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 _____					
<b>5</b>	<b>Diagnosen</b> in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)				<b>Seitenlokalisierung</b> R = rechts L = links B = beidseits  <b>Diagnosesicherheit</b> A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
	Diagnosenschlüssel 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"/>
<b>6</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>					
	<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: _____					
<b>7</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn, Verlauf, Ausprägung)					
<b>8</b>	<b>Risikofaktoren / Gefährdung</b> durch					
	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: _____					
<b>9</b>	<b>Liegen behandlungsbedürftige Krankheiten anderer Fachgebiete vor? Wer behandelt mit?</b>					
	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor					



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Blatt 2 zum ärztlichen Befundbericht**

**Ausfertigung für die Ärztin / den Arzt**

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

**11 Untersuchungsbefund** Datum der letzten Befunderhebung:

**von der Norm abweichende 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?       nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?       nein       ja

**13 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

**14 Gesundheitsschäden sind entstanden durch**

Arbeitsunfall / 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 beigefügten ärztlichen Unterlagen**       ja

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Seite 8 von 9

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)
<b>D E</b>	

Geldinstitut (Name, Ort)

**Bitte unbedingt angeben:**

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

