

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung



1	Versicherungsnummer <input type="text"/>	BKZ <input type="text" value="8"/>	PNR <input type="text" value="2"/>	
2	Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input 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 / Gefäßdilatation / Thrombektomie
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>			
	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>		
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

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

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	BKZ	PNR	
	<input type="text"/>	8	2	
2	Name, Vorname		Geburtsdatum	
3	Straße, Hausnummer		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 / Gefäßdilatation / Thrombektomie	
	Postleitzahl	Wohnort		
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input 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="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></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

10 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

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
Krankengymnastik Ernährungsbereitung Nichtrauchertraining
Bewegungs- / Sporttherapie Diätschulung Entspannungstherapie
Rückenschule Diabetikerschulung Psychotherapie
Gefäßtraining Hirnleistungstraining
Inhalationen Logopädie
Atemgymnastik Entwöhnungsbehandlung Ergotherapie
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

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	BKZ <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; border: 1px solid black;" type="text" value="8"/>	PNR <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; border: 1px solid black;" type="text" value="2"/>	
2	Name, Vorname <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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%; height: 20px;" type="text"/>			
	Postleitzahl Wohnort <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 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%; height: 20px;" type="text"/>	Zusatz <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	2.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	3.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	4.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BKZ 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PNR 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2	Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input 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 type="text"/>				
	Postleitzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>			
4	arbeitsunfähig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		ggf. seit <input type="text"/> <input type="text"/> <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)	
	1.	<input type="text"/>	Zusatz <input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input 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