

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung



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

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**

Erbitten 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		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			
	Postleitzahl	Wohnort		
4	Postleitzahl: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wohnort: <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"/>			
	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"/> <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="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; 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		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			
	Postleitzahl	Wohnort		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	arbeitsunfähig	nein ja	ggf. seit	wegen
		<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"/>	<input type="text"/>	Zusatz
	2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen
<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:	

7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8	Risikofaktoren / Gefährdung durch
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin	
<input type="checkbox"/> sonstige:	

9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor	

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 Ernährungsberatung 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 beigelegten ärztlichen Unterlagen ja

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 / Gefäßdilataion / Thrombektomie
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>			
	Postleitzahl Wohnort <input type="text"/>			
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <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"/>

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 / Gefäßdilataion / Thrombektomie		
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>				
4	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>			
4	arbeitsunfähig nein ja ggf. seit wegen <input type="text"/> <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="text"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: 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