

| L.-Art | Versicherungsnummer | Datum Anforderung | Kennzeichen |
|--------|---------------------|-------------------|-------------|
| | | | |

Ärztlicher Befundbericht

| | | |
|---|--|--------------|
| 1 | Familienname, Vorname | Geburtsdatum |
| 2 | Postleitzahl, Anschrift | |
| 3 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose): 1. 2. 3. 4. | |
| 4 | Jetzige Beschwerden: | |
| 5 | Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen: | |
| 6 | Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie) | |
| 7 | Bisherige und derzeitige Therapie | |

| | | |
|---|--|--------------|
| 8 | Familienname, Vorname | Geburtsdatum |
| 9 | Untersuchungsbefunde: letzte Untersuchung am <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> Gewicht: kg Größe: cm RR: : mm Hg </div> von der Norm abweichende klinische Untersuchungsbefunde: | |
| 10 | Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen): | |
| 11 | Patient befindet sich seit dem _____ <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> quartalsweise <input type="checkbox"/> gelegentlich in meiner Behandlung | |
| 12 | zur Zeit arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: : _____ wegen _____ | |
| 13 | Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mehr als 3 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate wegen _____ | |
| 14 | Befundänderungen in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> Verschlechterung seit _____ Befundänderungen in den letzten 3 Jahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> Verschlechterung seit _____ | |
| 15 | Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher _____ | |
| 16 | Besteht Reisefähigkeit für öffentl. Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Bemerkungen _____ | |
| 17 | Besserung der Leistungsfähigkeit ggf. möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch medizinische Rehabilitation <input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen <input type="checkbox"/> ja, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben | |
| 18 | Bemerkungen: _____ | |
| 19 | <input type="checkbox"/> Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers; Tel.-Nr. des Arztes: _____ | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Bitte beiliegende Gebührenrechnung ausfüllen! </div> | | |
| Ort/Datum | Unterschrift des Arztes/Stempel | |
| Postleitzahl, Wohnort, Straße | | |

Hinweise:

- bitte keine Originalunterlagen einsenden. Kopien bitte nicht heften oder lochen.
- bitte beifügen: Ihnen vorliegende Befunde/Berichte, Krankenhausentlassberichte der letzten 3 Jahre

Abrechnung des Honorars

| | | |
|---------------------|-----------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Datum der Anforderung | Kennzeichen |
|---------------------|-----------------------|-------------|

Ärztlicher Befundbericht im Rentenverfahren

| | | |
|----------------------------|---------|--------------|
| Patient/in (Name, Vorname) | | Geburtsdatum |
| Straße und Hausnummer | | |
| Postleitzahl | Wohnort | |

Ärztlicher Befundbericht

28,91 EUR

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

| | | | |
|--|---------|----------------------------|--|
| Name des Kontoinhabers | | | |
| Straße und Hausnummer | | | |
| Postleitzahl | Wohnort | | |
| IBAN (International Bank Account Number) | | BIC (Bank Identifier Code) | |
| D E | | | |
| Geldinstitut (Name, Ort) | | | |
| Rechnungsnummer | | | |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Hinweise für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Die medizinischen Angaben sind für uns vor allem unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwieweit die Erkrankungen auf das Erwerbsleben Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmindernden Einfluss haben. Deshalb bitten wir Sie, neben Nennung der konkret vorliegenden Diagnosen, vor allem um Angaben zu Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Rentenantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht zahlen wir auf der Grundlage der Empfehlung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für die gesetzliche Rentenversicherung zum 01.01.2019 ein Honorar, einschließlich Porto, Fotokopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die beiliegende Gebührenrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Die zeitnahe Erstellung des Befundberichtes liegt auch im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten.