Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen
Geschäftsstelle Bremen
Schwachhauser Heerstr. 34, 28209 Bremen
Postanschrift: Postfach 103707, 28037 Bremen

Telefon 0421 3407-0, Telefax 0421 3407-413
Service-Telefon 0800 100048028
info@drv-oldenburg-bremen.de

www.drv-oldenburg-bremen.de

Deutsche Rentenversicherung

Ärztlicher Befundbericht
zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

H

Versicherungsnummer des Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

Anschrift

Die Patientin/der Patient befindet sich in meiner Behandlung	Der Antrag erfolgt auf meine Anregung
seit ☐ ständig ☐ gelegentlich	☐ nein ☐ ja

Ist die Patientin/der Patient zurzeit arbeitsunfähig?		
☐ nein ☐ ja	seit	wegen

Antragsrelevante Hauptdiagnose (unbedingt ICD-10-GM – Schlüssel angeben)		**Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit (in absteigender Bedeutung)**	
		ICD-10-GM	

Aus den Diagnosen resultieren folgende Funktionseinschränkungen/Fähigkeitsstörungen:
(Objektive Befunde, z. B. des Ausmaßes der Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode)

bereits durchgeführte Therapien:	
☐ Operation am	welche?
☐ Andere Therapien	welche?

Krankheitsbeginn und -verlauf, Komplikationen

Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen/Medikation:

Wesentliche klinische und med.-technische Befunde: (Röntgen-Aufnahmen bitte gegen Rückgabe zur Verfügung stellen)

Größe (ohne Schuhe)	Gewicht (1/2 bekleidet)	Blutdruck RR	Puls je Min.	BKS
cm	kg	/		

Behandlung innerhalb der letzten sechs Monate
(Medikamente mit Dosisangabe, physikalische Therapie, Psychotherapie nach Art und Häufigkeit)

WICHTIG ! **Alle Berichte der letzten drei Jahre bitte beifügen.**
Rücksendung erfolgt unmittelbar nach Einsicht.

Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen sind keine besonderen Untersuchungen durchzuführen.

Minderung / Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der funktionellen Einschränkungen der/des Versicherten anhand der Schätzskalen und geben Sie an, wie bedeutsam die Einschränkungen für die Erwerbsfähigkeit sind.

Funktionsbereiche ⟶ *Schweregrad der Einschränkung* ⟶ *Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit*

	keine	leicht-gradig	mittel-gradig	schwer-gradig	aufge-hoben	gering	mittel	hoch
Beweglichkeit, Wirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beweglichkeit, Extremitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kardiale Funktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pulmonale Funktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stoffwechsel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Urogenitale Funktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emotionale Stabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hirnleistung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ geistige Behinderung								
Gesamtschweregrad der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zusammenfassende Empfehlung:

☐ ambulante Behandlung ausreichend

☐ stationäre medizinische Leistung indiziert

Bitte beachten Sie, dass eine Leistung zur med. Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger bis zu einem **Vierjahreszeitraum** nach einer ähnlichen Leistung **nur aus dringenden medizinischen Gründen** erbracht werden kann.

Welche Fachklinik erscheint nach Ihrer Meinung für die Therapie geeignet?
(z. B. Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Psychosomatik)

Falls eine Leistung zur Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik angezeigt ist:
Liegt bei der Patientin/dem Patienten eine ausreichende Motivation vor?
☐ ja ☐ nein

Ist eine Alkoholentwöhnung erforderlich?
☐ nein ☐ ja

Ist die Belastbarkeit für eine Leistung zur Rehabilitation gegeben?
☐ ja ☐ nein

Ist die Patientin schwanger?
☐ ja

Ist eine Verständigung **nur** in fremder Sprache möglich?
Sprache:
☐ nein ☐ ja

Ist die Patientin/der Patient mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisefähig?
☐ ja ☐ nein

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?
☐ nein ☐ ja

Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant/teilstationär durchgeführt werden?
☐ ja ☐ nein, weil

Bemerkungen

(IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):
IBAN (International Bank Account Number)
D E

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

Es wird gebeten, diesen Bericht der Patientin/dem Patienten im verschlossenen Umschlag auszuhändigen, damit der Befundbericht dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beigefügt werden kann.
Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an, damit wir Ihnen für diesen Befundbericht die Gebühr in Höhe 25,20 EUR überweisen können. Mit dieser Gebühr sind auch die Schreib- und Portokosten abgegolten.

Arztstempel mit Tel.-Nr.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes