

Für diesen Befundbericht zahlt die Deutsche Rentenversicherung Bund 25,20 EUR einschließlich Schreibgebühr, Portokosten und beigefügten Kopien. Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung. ([www.deutsche-rentenversicherung-bund.de / Formulare & Publikationen / Formulare / Ärzte](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/Formulare%20%26%20Publikationen/Formulare/Ärzte))

Sollte ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht möglich sein, bitten wir Sie, das Formular nicht auszufüllen.
In diesem Fall werden wir selbst medizinisch ermitteln.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Formularsatz G1089 PDF





Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Versicherter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ambulante Behandlung im letzten Jahr? gelegentlich regelmäßig zuletzt am
arbeitsunfähig seit wegen

Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhaus-
behandlung erforderlich? nein ja

Wichtige Angaben zur Anamnese

Jetzige Beschwerden

Letzte Medikation (mit Dosierung)

Andere therapeutische Maßnahmen in den letzten zwölf Monaten

Teilnahme an DMP? nein ja, welche? _____

Integrierte Versorgung? nein ja

Allgemeinbefunde

Allgemeinzustand gut zufriedenstellend reduziert Körperlänge (cm) Gewicht (kg)

Pathologische Befunde und dadurch bedingte Funktionsstörungen
des Herz- und Kreislaufsystem

RR _____ / _____
Puls _____ / Min.

der Atmungsorgane

der Abdominalorgane einschließlich der Urogenitalorgane



des Bewegungsapparates

des Nervensystem / der Psyche

▷ Wenn vorhanden, bitte Arzt- und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen ◁

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen

wesentliche Gehbehinderung Rollstuhlpflichtig Blindheit Taubheit

Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren gebessert verschlechtert sind unverändert geblieben

Sind neue Leiden hinzugekommen? ja _____ nein

welche?

Beantwortung evtl. umseitiger spezieller Fragestellung (s. Bl. 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein ja, **ohne** Begleitperson ja, **nur mit** Begleitperson

Belastbarkeit besteht

für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht

Besteht Schwangerschaft?

ja

Gesundheitsschäden sind entstanden durch

Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit

Wehrdienstbeschädigung

Unfall

Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)

D E

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

Urschriftlich

Ort, Datum

**Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin**

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes



des Bewegungsapparates

des Nervensystem / der Psyche

▶ Wenn vorhanden, bitte Arzt- und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen ◀

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen

<input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflichtig	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Taubheit
Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> verschlechtert		seit _____	<input type="checkbox"/> sind unverändert geblieben
Sind neue Leiden hinzugekommen? <input type="checkbox"/> ja		_____	<input type="checkbox"/> nein

welche?

Beantwortung evtl. umseitiger spezieller Fragestellung (s. Bl. 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson
-------------------------------	---	--

Belastbarkeit besteht

<input type="checkbox"/> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> nicht
--	--	--------------------------------

Besteht Schwangerschaft?	Gesundheitsschäden sind entstanden durch
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall

Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)			BIC (Bank Identifier Code)		
D	E				
Geldinstitut (Name, Ort)					
Kontoinhaberin / Kontoinhaber					

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

Urschriftlich

Ort, Datum _____

**Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin**

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Telefax 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), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
------------------------------	--------------

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ambulante Behandlung im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	zuletzt am
arbeitsunfähig seit	wegen		

Ist statt der beantragten Leistungen Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Wichtige Angaben zur Anamnese

Jetzige Beschwerden

Letzte Medikation (mit Dosierung)

Andere therapeutische Maßnahmen in den letzten zwölf Monaten

Teilnahme an DMP? nein ja, welche? _____

Integrierte Versorgung? nein ja

Allgemeinbefunde

Allgemeinzustand gut zufriedenstellend reduziert

Körperlänge (cm)	Gewicht (kg)
------------------	--------------

Pathologische Befunde und dadurch bedingte Funktionsstörungen
des Herz- und Kreislaufsystems

RR _____ / _____

Puls _____ / Min.

der Atmungsorgane

der Abdominalorgane einschließlich der Urogenitalorgane



des Bewegungsapparates

des Nervensystem / der Psyche

▶ Wenn vorhanden, bitte Arzt- und Krankenhausberichte sowie Ergebnisse von Röntgen-, EKG- und Laboruntersuchungen neueren Datums in Kopie beifügen ◀

Diagnosen unter besonderer Beachtung resultierender Funktionsstörungen

wesentliche Gehbehinderung Rollstuhlpflichtig Blindheit Taubheit

Die Leiden haben sich in den letzten 2 Jahren gebessert verschlechtert sind unverändert geblieben

Sind neue Leiden hinzugekommen? ja _____ nein

welche?

Beantwortung evtl. umseitiger spezieller Fragestellung (s. Bl. 1 - Erläuterungen für den behandelnden Arzt -)

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson

Belastbarkeit besteht

für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht

Besteht Schwangerschaft? ja Gesundheitschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

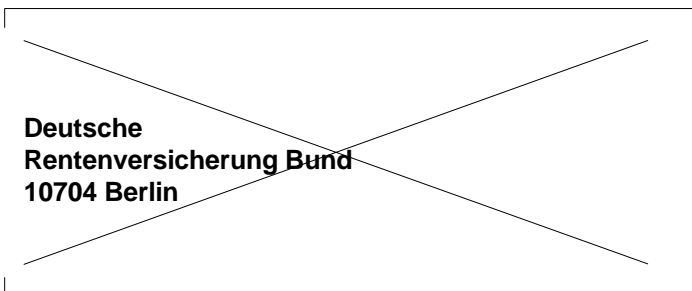
Überweisungsweg bei Befundberichts-Honorar von 25,20 EUR

IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)	
D	E		
Geldinstitut (Name, Ort)			
Kontoinhaberin / Kontoinhaber			

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

Urschriftlich



Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

