



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"/>		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
3	Straße, Hausnummer <input type="text"/>		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
4	Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>		arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit _____ wegen _____

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



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	BKZ	PNR	
	<input type="text"/>	8	2	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
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"/>			
	4 arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ggf. seit <input type="text"/> wegen <input type="text"/>			

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
	1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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



Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	BKZ	PNR	
	<input type="text"/>	8	2	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
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"/>	nein ja ggf. seit wegen		
	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

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



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 <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		ggf. seit	wegen
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEITENLOKALISATION
R = rechts
L = links
B = beidseits

DIAGNOSESICHERHEIT
A = Ausgeschlossene Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = Zustand nach
G = Gesicherte Diagnose

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

