

Hinweis für den behandelnden Arzt – zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe –



Deutsche
Rentenversicherung

Mitteldeutschland

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (früher Leistungen zur Rehabilitation) zu stellen. Wir wollen Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess – insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge – einbeziehen und bitten Sie deshalb, einen ärztlichen Befundbericht zu erstellen. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhält die Rehabilitationseinrichtung eine Kopie Ihres Befundberichtes, so dass Ihre Anregungen in den Rehabilitationsprozess einfließen. Sie erhalten direkt von der Rehabilitationseinrichtung den Entlassungsbericht, sofern Ihre Patientin/Ihr Patient zustimmt.

Leistungen zur Teilhabe umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation). Sie wenden sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

allgemeine Informationen

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in denen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

**Entwöhnungs-
behandlungen**

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Verschlüsseln Sie die Diagnosen bitte nach der aktuellen ICD-10-GM. Wichtig ist, dass die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen sind.

Befundbericht

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. problematische Diagnosekombinationen).

Anregungen

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Kollegen erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

Bemerkungen

Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Kopien dankbar. Sofern Ihre Patientin/Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, senden Sie uns bitte auch Kopien von den DMP-Dokumentationsbögen. Sollten Sie uns Originale zur Einsicht überlassen, sichern wir Ihnen umgehende Rücksendung zu.

**vorhandene Befunde
und Berichte**

Für den vollständigen ärztlichen Bericht vergüten wir 27,20 EUR. Bitte verwenden Sie die anhängende Honorarabrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Sollte ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden können, bitten wir Sie, die Vordrucke nicht auszufüllen. In diesem Fall wird der Rentenversicherungsträger selbst medizinische Ermittlungen einleiten.

Honorar

Aus Anlass der Erstellung des Befundberichtes wird die Praxisgebühr aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht fällig.

Praxisgebühr

Der Befundbericht und die Honorarabrechnung stehen auch als **ausfüllbare Formulare** im Internet zur Verfügung (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de/Formulare und [Publikationen/Formulare/Formulare](http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de/Publikationen/Formulare/Formulare) der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland).

Formulare im Internet

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland



Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach bereits vorliegenden Befunden und Berichten)

Versicherungsnummer	Absender
---------------------	----------

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl	Wohnort		

Seitenlokalisierung

R = rechts
L = links
B = beidseitig

Diagnosesicherheit

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

Zurzeit arbeitsunfähig?

nein ja, seit wegen

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

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Risikofaktoren

Gefährdung durch Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren



**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
(nach bereits vorliegenden Befunden und Berichten)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Absender

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl	Wohnort		

Seitenlokalisierung

R = rechts
L = links
B = beidseitig

Diagnosesicherheit

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

Zurzeit arbeitsunfähig?

nein ja, seit wegen

1.	2.	3.	4.	Diagnoseschlüssel (bitte linksbündig, ohne Punkt ausfüllen)	
				ICD-10-GM	Seitenlokalisierung / Diagnosesicherheit
				<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"/> <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"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Risikofaktoren

Gefährdung durch Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren



**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(nach bereits vorliegenden Befunden und Berichten)**

Versicherungsnummer	Absender
---------------------	----------

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl	Wohnort		

Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseitig

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

Zurzeit arbeitsunfähig?

nein ja, seit wegen

1.	2.	3.	4.	Diagnoseschlüssel (bitte linksbündig, ohne Punkt ausfüllen)			
				ICD-10-GM	Seiten- lokalisierung	Diagnose- sicherheit	
				<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"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Risikofaktoren

Gefährdung durch Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 sonstige

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Untersuchungsbefund

o. B.: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem u. Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: kg Größe: cm RR:/..... mm Hg Puls:/min

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Inhalation | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, in welcher
Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Bemerkung
DMP-Patient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes des RV-Trägers. der Rehabilitationseinrichtung.

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein

Ich bitte um Rückgabe der beigelegten ärztlichen Unterlagen:

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Untersuchungsbefund

o. B.: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem u. Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: kg Größe: cm RR:/..... mm Hg Puls:/min

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Inhalation | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, in welcher
Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Bemerkung
DMP-Patient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes des RV-Trägers. der Rehabilitationseinrichtung.

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein

Ich bitte um Rückgabe der beigefügten ärztlichen Unterlagen:

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Untersuchungsbefund

o. B.: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem u. Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: kg Größe: cm RR:/..... mm Hg Puls:/min

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Inhalation | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, in welcher
Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Bemerkung
DMP-Patient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes des RV-Trägers. der Rehabilitationseinrichtung.

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein

Ich bitte um Rückgabe der beigefügten ärztlichen Unterlagen:

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer



Versicherungsnummer

Absender

Die rot umrandeten Felder sind nicht vom Arzt auszufüllen.

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Original für
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Aus datenschutzrechtlichen Gründen benötigen wir für die Abwicklung Ihrer Honorarabrechnung zwingend ein anonymisiertes Zuordnungsmerkmal (z. B. Rechnungsnummer, Kassenzeichen oder dergleichen)!

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------	--------------

Honorar-Abrechnung

Ärztlicher Befundbericht	20,00 EUR
Verwaltungskostenpauschale (Schreibgebühr, Porto, Kosten für Kopien)	7,20 EUR
	<u>27,20 EUR</u>

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	
PLZ	Ort

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

Rechnung vom

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

wird von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland ausgefüllt

sachlich und rechnerisch richtig

geprüft

