



Aktenzeichen:

Ärztlicher Befundbericht Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation									
A. Angaben zur Person									
Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum								
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum								
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort								
B. Angaben zum Befund									
1. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlokalisierung	Diagnosesicherheit						
1. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits</div> <div>Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose</div> </div>									
2. Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Taubheit</div> <div><input type="checkbox"/> Blindheit</div> <div><input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung</div> <div><input type="checkbox"/> Rollstuhl</div> </div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> sonstige Behinderung _____</div>									
3. Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)									
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div><input type="checkbox"/> Alkohol</div> <div><input type="checkbox"/> Drogen</div> <div><input type="checkbox"/> Medikamente</div> <div><input type="checkbox"/> Nikotin</div> </div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> sonstige _____</div>									
5. Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren									
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor									



Aktenzeichen: _____

<p>6. Untersuchungsbefund</p> <p>Ohne Befund sind folgende Organsysteme</p> <p><input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem/Psych</p> <p>von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde)</p> <p>Gewicht _____ kg Größe _____ cm RR _____ mm Hg Puls _____</p>	<p>Datum der letzten Befunderhebung _____ Tag, Monat, Jahr</p>																		
<p>7. Bisherige Therapien (z. B. Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie)</p>																			
<p>8. DMP / integrierte Versorgung Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm - DMP)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name des Programms _____</p> <p>Teilnahme an der integrierten Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																			
<p>9. Anregung spezieller Maßnahmen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krankengymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung</td> <td><input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Diätschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Entspannungstherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenschule</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetikerschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Psychotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gefäßtraining</td> <td><input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung</td> <td><input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inhalationen</td> <td><input type="checkbox"/> Ergotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Logopädie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atemgymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige _____</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining	<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining																	
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie																	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie																	
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining																	
<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie																	
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____																		
<p>10. Gesundheitsschäden sind entstanden durch</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung</p> <p>Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in _____</p> <p>Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln? <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																			
<p>11. Empfohlene Rehabilitationsart: <input type="checkbox"/> ambulante Rehabilitation <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation</p>																			
<p>12. Sonstige Bemerkungen (z. B. Hinweise zu weiteren Teilhabebedarfen):</p> <p>Antrag erfolgt auf meine Anregung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																			

C. Unterschrift

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 28,91 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	
	28,91 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben:	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
Datum	Stempel und Unterschrift
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 sind.	