Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
38091 Braunschweig, Tel.: 0531 7006-0
30875 Laatzen, Tel.: 0511 829-0

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Bericht der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es wird gebeten, den Bericht der Patientin/dem Patienten zwecks Beifügung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auszuhändigen. Dieser Befundbericht ist kein Gutachten i. S. der zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesärztekammer getroffenen Honorar-Vereinbarungen.

1 **Versicherungsnummer (3.- 8. Stelle=Geburtsdatum)**

2 Familienname, Vorname — Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

3 Anschrift

4 Zurzeit arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja, seit: wegen

5 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose)

1.

2.

3.

4.

6 Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ wesentliche Gehbehinderung ☐ Rollstuhl

☐ sonstige Behinderung:

7 Krankheitsvorgeschichte

8 Risikofaktoren / Gefährdungen durch

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ sonstige

9 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

10 Untersuchungsbefund

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

von der Norm abweichende Befunde:

Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:

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

12 Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den Ärztlichen Dienst des RV-Trägers: ☐

13 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen: ☐

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
38091 Braunschweig, Tel.: 0531 7006-0
30875 Laatzen, Tel.: 0511 829-0

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Gebührenabrechnungsschein

der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes für einen Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Befundbericht betrifft die/den Versicherte(n)

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
Anschrift		

2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

2.1 Der Befundbericht ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte bei Ihnen in Behandlung steht oder in der letzten Zeit in Behandlung gestanden hat. Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.

2.2 Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.

2.3 Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.

2.4 Dieser - **von Ihnen abgestempelte** - Gebührenabrechnungsschein ist zusammen mit dem von Ihnen erstellten ärztlichen Befundbericht einzureichen. **Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn sowohl der Befundbericht als auch der Gebührenabrechnungsschein vollständig ausgefüllt wurden**. Die Überweisung des Honorars erfolgt auf das angegebene Bankkonto. Barüberweisungen sind nicht möglich.

2.5 Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 28,20 EUR einschließlich Porto, Kosten für Fotokopien und Schreibgebühren als Honorar.

3. Die Überweisung wird erbeten auf (bitte Angaben in Maschinen- oder Druckschrift)

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

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)	Ort, Datum