Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

S0051

zum Antrag auf

☐ Leistungen zur Teilhabe (Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation). Bei onkologischer Erkrankung bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen.

☐ Erwerbsminderungsrente

☐ _____

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: https://www.rehainfo-aerzte.de

Name, Vorname **der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird**	Geburtsdatum
Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	

1 Behandlung

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ .

Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☐ ja

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.

2 Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz	**ICD-10**
1.	
2.	
3.	
4.	

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)
4 Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?

5 Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten / Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐	☐

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐	☐

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)

9 Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)
(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteneinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

10 Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Alkohol

☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Sonstiges

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

11 Sonstige Angaben

Die Patientin / der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☐ Verschlechterung seit _____

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

☐ ja

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein

☐ ja ☐ mit Begleitung

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein

☐ ja

☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein

☐ ja

12 Bemerkungen:

Rückruf erbeten unter: _____

_____

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung für die Deutsche Rentenversicherung

S0050

Die Vergütung ist nur möglich, wenn dieses und die im folgenden angekreuzten Formulare vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift versehen sind.

Die Erstellung des Befundberichts erfolgte im Zusammenhang mit einem Antrag auf:

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

☐ Erwerbsminderungsrente

☐ _____

Befundberichte im Zusammenhang mit einer Kinderrehabilitation und einer Anschlussrehabilitation (AHB) sind mit dem Formular G0600 abzurechnen.

☐ Vergütung für das Formular S0051 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung in Höhe von 35 EUR

☐ Vergütung für das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation in Höhe von 5 EUR

In der Vergütung sind Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien enthalten.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen	
IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut