

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(berufliche Rehabilitation)**

| | | | | | |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----|--|
| 1 | Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR | PNR | Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose |
| 2 | Name, Vorname | | Geburtsdatum | | |
| 3 | Straße, Hausnummer | | | | |
| | Postleitzahl | Wohnort | | | |
| 4 | Arbeitsunfähigkeit seit | | | | |
| | Datum | wegen | | | |

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

| | | | | |
|----------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 5 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung | 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 Funktionsbeeinträchtigungen | | | |
| | <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung: | | | |
| 7 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung) | | | |
| 8 | Risikofaktoren / Gefährdung durch | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |
| 9 | Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren | | | |
| | <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSAT / MSNR

10 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung: _____

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

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

11.1 Teilnahme an DMP?

nein ja, welche? _____

11.2 Integrierte Versorgung?

nein ja

12 Gesundheitsschäden sind entstanden durch

Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

13 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?

Falls nein, in welcher Sprache?

nein ja

14 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit?

nein ja

15 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson

16 Besteht Schwangerschaft?

nein ja

17 Bemerkungen

18 Antrag erfolgt auf meine Anregung

nein ja

Ort, Datum

Seite 2 von 2

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

