Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

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.	

S0051-00 DRV
Version 01001 - AGDR 2/2018 - Stand 02.07.2018

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

S0051-00 DRV
Version 01001 - AGDR 2/2018 - Stand 02.07.2018