

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.	



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Grid of boxes for entering insurance number and ID.

Table with 6 columns: keine Beeinträchtigungen, Einschränkungen, Personelle Hilfe nötig, nicht durchführbar, Keine Angabe möglich. Rows include 'Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen' and 'Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung'.

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)
7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)
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



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

