



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

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

## Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

# G0135

**Hinweise:** Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

### 1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

Folgeversorgung

Wechselversorgung

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

maßgefertigte Einlagen

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

Maßschuhe

### 2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

irreparabler Verschleiß \_\_\_\_\_

hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

hygienische Anforderungen (tägliches Feuchtigkeitseinfluss von außen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

12 empty boxes for insurance number

5 empty boxes for identification code

2 empty boxes for MSAT / MSNR

**3 Ergänzende Angaben**

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

nein

ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

**4 Angaben des Arbeitgebers**

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Angebot eines Orthopädieschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung



## INFORMATIONSBLATT FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Der Begriff „**Leistungen zur Teilhabe**“ wurde als Oberbegriff für alle Leistungen zur Rehabilitation ab 01.07.2001 vom Gesetzgeber eingeführt.

Allgemeines

In diesem Zusammenhang erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess einbeziehen – insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Rehabilitation der Rentenversicherung wendet sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

Im Patienteninteresse dürfen wir Sie bitten, den ärztlichen **Befundbericht umgehend** zu erstellen und **zur Abholung bereitzuhalten**. Bitte händigen Sie den Befundbericht **und** die Honorar-Abrechnung sowie die evtl. beizufügenden Facharzt-/Krankenhausberichte (siehe unten) und/oder Fotokopien Ihres(r) Patient(in) im verschlossenen Umschlag aus. Falls die Befundunterlagen **nicht abgeholt werden** können, senden Sie diese bitte in einem weiteren Umschlag direkt an den/die Patienten(in). Sollte Ihnen jedoch bereits der ausgefüllte/unterschiedene **Reha-Antragsvordruck** vorliegen, empfehlen wir diesen gemeinsam mit dem **Befundbericht** sowie der Honorar-Abrechnung dem zuständigen Träger der Deutschen Rentenversicherung in einem separaten Kuvert zukommen zu lassen.

Weiterleitung der  
Befundunterlagen  
und des Antrages

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in denen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

Entwöhnungs-  
behandlung

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden.

Wir bitten Sie, alle klartextlich aufgeführten **Diagnosen nach der ICD-10-GM** in der jeweils geltenden Version **zu verschlüsseln**. Mit Ihrer Diagnosen-Codierung unterstützen Sie maßgeblich den Verfahrensablauf. Die Verschlüsselungen von Diagnosen erfolgen grundsätzlich vierstellig oder fünfstellig, soweit möglich. Unter „Lok.“ ist die alphabetische Verschlüsselung "Lokalisation" einzutragen, unter „Zu.“ die alphabetische Verschlüsselung für den "Diagnosezusatz“. Es ist wichtig, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen.

ICD 10

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. bei problematischen Diagnosekombinationen). Wünsche, die die Auswahl der Klinik betreffen, werden berücksichtigt, wenn hierfür wichtige medizinische und persönliche Gründe geltend gemacht werden.

**Anregungen**

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

**Bemerkungen**

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als zwei Jahre) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen**. Sofern Ihre Patientin/Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen.

**vorhandene Befunde und Berichte**

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung** zu.

Ihr(e) Patient(in) ist mit der Erteilung ärztlicher Auskünfte an die Deutsche Rentenversicherung einverstanden. Ergänzend weisen wir auf § 100 SGB X hin, wonach ein Arzt verpflichtet ist, dem Leistungsträger auf Verlangen im Einzelfall Auskunft zu erteilen.

**Einverständnis**

Falls ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung die entsprechenden medizinischen Ermittlungen selbst veranlassen.

**neue Befunderhebung**

Die Vergütung für den vollständigen ärztlichen Bericht erfolgt nach den Vergütungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dabei ist zu beachten, dass das Porto, die Schreibgebühren sowie die Kosten für die Kopien in der Verwaltungskostenpauschale enthalten sind. Wir bitten deshalb, die Übersendung der Unterlagen ausreichend zu frankieren. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

**Honorar**

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

**Mit freundlichen Grüßen**

**Ihre Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer: 

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

<b>Nur für Rentenversicherungsträger:</b>	
Eingang am	
Anlagen	
<hr/>	
angewiesen am	durch

# Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

**beabsichtigt sind**

- stationäre bzw.  ambulante medizinische Leistungen  
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

**Personalien des Patienten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße

PLZ, Wohnort

Zur Zeit arbeitsunfähig?  nein  ja, seit : \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung möglichst als Funktionsdiagnosen									
	ICD-10	Lok.	Zu.						
1. ....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**

Taubheit       Blindheit       wesentliche Gehbehinderung       Rollstuhl  
 sonstige Behinderung:

**Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)**

**Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

liegen nicht vor

Name, Vorname:

VSNR:

**Risikofaktoren/ Gefährdung durch**

- Alkohol     Drogen     Medikamente     Nikotin  
 Sonstige:

**Untersuchungsbefund**

ohne Befund sind:  Atemwege     Herz/Kreislauf     Bauchorgane     Bewegungsapparat     Nervensystem und Psyche  
von der Norm abweichende Befunde (einschl. klinisch-chemischer/ klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_\_ cm    RR: \_\_\_\_\_ mm Hg    Puls: \_\_\_\_\_

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

in den letzten 6 Monaten:

vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft  ja     nein

Erbracht wurden (Anzahl und Art):

**Anregung spezieller Maßnahmen**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik         | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung    | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining  |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung          | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie  |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule             | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung    | <input type="checkbox"/> Psychotherapie        |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining            |  | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalation               |  | <input type="checkbox"/> Logopädie             |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik            | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie          |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                |  |  |

- |  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| Verständigung in deutscher Sprache möglich?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, in welcher |
| Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |
| Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |
| Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, Bemerkung  |
| Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |
| Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> ja |   |
| Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |
| Liegt ein Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbesch.) vor?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |
| Liegt ein sonstiger Unfall vor?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein             |

**Bemerkungen:**

Erbitte Rückruf  durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers     durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

**Antrag erfolgt auf meine Anregung**  ja     nein

**Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen:**  ja     nein

Datum

Unterschrift

Stempel

Telefonnummer

Versicherungsnummer (ggf. der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird)

Kennzeichen (soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

# G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien):  
28,44 EUR

**Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes versehen sind.**

### Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum

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

Name, Vorname	Geburtsdatum

### Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

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

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

**Deutsche Rentenversicherung**

