









Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 6

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein  ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

## 7 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

## 8 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

nein  ja, wann und von welcher Stelle?

## 9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein  ja, wegen \_\_\_\_\_

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

nein  ja \_\_\_\_\_

**9.1 Ich willige ein**, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt.

nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

## 10 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

Aktenzeichen

nein  ja \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch Ziffer 2

**Klassifizierung II** Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

**Kategorie**                      **Schutzfunktion**

S4                      Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

S5                      wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

**Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345**

**Symbol**                      **Anforderung**

P                      Durchtrittssicherheit

A                      Antistatische Schuhe

HI                      Wärmeisolierung

CI                      Kälteisolierung

E                      Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

WRU                      Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme

HRO                      Verhalten gegenüber Kontaktwärme

**3    Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe**

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

\_\_\_\_\_ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

\_\_\_\_\_ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

**4    Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:**

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen



## 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></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></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></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></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

