

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- 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



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.

2 Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz	ICD-10								
1.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
2.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
3.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
4.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								

**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
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (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"/>
<b>Kommunikation</b> (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (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"/>



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

noch Ziffer 5

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
<b>Selbstversorgung</b> (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (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"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen</b> (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung</b> (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)</b>	
<b>7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)</b>	Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg
<b>8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)</b>	



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

**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





