



Bericht der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Suchtbehandlung

Es wird gebeten, den Bericht Ihrer Patientin/Ihrem Patienten zwecks Beifügung zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuhändigen. Dieser Befundbericht ist kein Gutachten i. S. der zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesärztekammer getroffenen Honorar-Vereinbarungen.

Erfolgt der Antrag auf Anregung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes? ja nein

Versicherungsnummer (3.- 8. Stelle = Geburtsdatum)

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

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

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

(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)

Anschrift

Telefon

befindet sich seit

bei mir in Behandlung

ständig

gelegentlich

erlernter Beruf:

ausgeübter Beruf:

ledig

verh.

verw.

gesch.

getr. lebend

Falls zurzeit arbeitsunfähig, sei wann

, weshalb

Frühere Entziehungsbehandlungen

keine

ambulant

freiwillig stationär

eingewiesen

Anzahl:

Dauer:

ergänzende Angaben:

I. Angaben der/des Untersuchten:

1. Familienanamnese:

2. Eigenanamnese:

(Hirnverletzungen, Diabetes, Magen- und Lebererkrankungen usw.)

3. Suchtanamnese: Suchtmittel, Entwicklung, bisherige Behandlung

(delirante Zustandsbilder, Krampfanfälle, Suicidversuche, Tablettenabusus)

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

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

4. Jetzige Beschwerden:

II. Untersuchungsbefunde:

1. Allgemeinbefund:

Größe: cm Gewicht: kg
AZ: KZ:

2. Kopf und Hals: (Sinnesorgane, insbesondere Hörvermögen)

3. Atmungsorgane:

4. Herz- und Kreislauforgane:

Blutdruck: RR mmHg Puls: /Min.
Cyanose: ja nein Oedeme: ja nein

5. Verdauungsorgane: (insbesondere Leber)

6. Harn- und Geschlechtsorgane:

6.1 Venerische Erkrankungen? Letzte Befunde:

6.2 Schwangerschaft: ja nein

Letzte Periode:

6.3 Krebsvorsorgeuntersuchung am:

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

7. Bewegungsapparat:

8. Neurologischer Befund:

9. Psychischer Befund:

III. Gegenwärtig verordnete Medikamente:

IV. Diagnose: (unter Berücksichtigung von Art und Grad der Abhängigkeit)

V. Prognose:

VI. Sozialmedizinische Beurteilung:

1. Handelt es sich um eine Suchtkrankheit mit deutlichen Merkmalen der Abhängigkeit oder mit Kontrollverlust?

ja

nein

2. Ist wegen der Suchtkrankheit eine Leistung zur Rehabilitation in einem **offenen** Fachkrankenhaus erforderlich und möglich?

ja

nein

3. Ist Antragsteller(in) unter Benutzung öffentl. Verkehrsmittel reisefähig?

ja

nein

Allein?

ja

nein

Mit Begleitperson?

ja

nein

Familiennamen, Vorname

Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

VII. Bemerkungen:

VIII. Ergebnisse von Röntgen-, EKG und speziellen Laboruntersuchungen sowie Facharzt- und Krankenhausberichte der letzten drei Jahre bitte beifügen oder nachstehend auflühren.

Gutachten und Entlassungsberichte über medizinische Leistungen zur Rehabilitation bitte ebenfalls beifügen.

Nach Einsichtnahme durch den ärztlichen Dienst werden die Unterlagen – sofern erwünscht – **unverzüglich zurückgesandt!**

Ich bitte um Rücksendung der beigefügten Unterlagen.

Die Abrechnung der Berichtsgebühr ist nur mit dem dazugehörigen Gebührenabrechnungsschein möglich.

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Druckbuchst. oder Stempel)

Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Gebührenabrechnungsschein

der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes für einen Bericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Suchtbehandlung

1. Befundbericht betrifft die/den Versicherte(n)

Versicherungsnummer (3. - 8. Stelle = Geburtsdatum)

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

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	(kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
Anschrift		

2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

- Der Befundbericht ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte bei Ihnen in Behandlung steht oder in der letzten Zeit in Behandlung gestanden hat. Sofern Ihnen Facharzt- oder Krankenhausberichte neueren Datums vorliegen, wären wir für die Übersendung von Fotokopien dankbar.
- Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- Dieser - **von Ihnen abgestempelte** - Gebührenabrechnungsschein ist zusammen mit dem von Ihnen erstellten ärztlichen Befundbericht einzureichen. **Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn sowohl der Befundbericht als auch der Gebührenabrechnungsschein vollständig ausgefüllt wurden.** Die Überweisung des Honorars erfolgt auf das angegebene Bankkonto. Barüberweisungen sind nicht möglich.
- Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht vergüten wir 28,20 EUR einschließlich Porto, Kosten für Fotokopien und Schreibgebühren als Honorar.

3. Die Überweisung wird erbeten auf (bitte Angaben in Maschinen- oder Druckschrift)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber/Kontoinhaber	

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)

Ort, Datum