



## 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

**VII. Bemerkungen:**

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

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)									

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

## 2. Allgemeine Hinweise für die Ärztin/den Arzt

- 2.1 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.
- 2.2 Bitte dem Befundbericht keine Röntgenbilder beifügen.
- 2.3 Auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung sind keine Untersuchungen durchzuführen.
- 2.4 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.
- 2.5 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)											
Kontoinhaberin/Kontoinhaber											

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes
-------------------------------------

Name der Ärztin/des Arztes (Stempel)
--------------------------------------

Ort, Datum
------------