



Aktenzeichen: _____

Ärztlicher Befundbericht

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A. Angaben zur Person

Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort

B. Befundbericht

1. Behandlung

Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem

_____, Tag, Monat, Jahr

Letzter Kontakt am

_____, Tag, Monat, Jahr

Kontakte bestehen

☐ wöchentlich

☐ 14-tägig

☐ monatlich

☐ seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung?

☐ nein

☐ ja

2. Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz

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

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM
(Bitte linksbündig ohne
Punkt ausfüllen.)

Seitenlo-
kalisation

Diagnose-
sicherheit

1. _____

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

--

--

Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

2. _____

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

--

--

Diagnosesicherheit
A = ausgeschlossene
Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = symptomloser Zustand
nach der betreffenden
Diagnose
G = gesicherte Diagnose

3. _____

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

--

--

4. _____

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

--

--

5. _____

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

--

--

3. Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)



Aktenzeichen: _____

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
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z. B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z. B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (z. B. sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐	☐



Aktenzeichen:

6. Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

7. Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychischer Befund)

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht kg

8. Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)

9. Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alteinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständnisschwierigkeiten, 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

Der Patient ist selbständiger Landwirt

- ☐ ja
- ☐ nein, es handelt sich um einen versicherungspflichtig Beschäftigten und dieser ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben
- ☐ ja, seit _____ wegen _____
- Tag, Monat, Jahr Grund der Arbeitsunfähigkeit
- ☐ nein

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

- ☐ nein
- ☐ ja ☐ Besserung seit _____ Tag, Monat, Jahr ☐ Verschlechterung seit _____ Tag, Monat, Jahr

Verständigung in deutscher Sprache möglich

- ☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____
- ☐ ja



Aktenzeichen: _____

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein

☐ ja ☐ mit Begleitperson

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein

☐ ja

☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein

☐ ja

12. Bemerkungen

C. Unterschrift

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 41,04 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	41,04 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben:	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
Datum	Stempel und Unterschrift
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.	