



Aktenzeichen:

Anlage K zum Antrag von										
A. Angaben zur Person										
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum								
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefon Vorwahl/Rufnummer								
B. Ärztlicher Befund- und Behandlungsbericht zum Rentenanspruch										
Nicht auszufüllen, falls bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt wurde.										
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.) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 15%; font-size: small;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)</th> <th style="width: 10%; font-size: small;">Seitenlo- kalisation</th> <th style="width: 10%; font-size: small;">Diagnose- sicherheit</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td style="text-align: center;"> </td></tr></tbody></table>					Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit		1. _____	
	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit							
1. _____										



Aktenzeichen:

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 Alteneinrichtung / 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 derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____
Tag, Monat, Jahr Grund der Arbeitsunfähigkeit

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

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

Verständigung in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

☐ ja

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



Aktenzeichen:

12. Bemerkungen

C. Unterschrift

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr. des Arztes

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.	