



Aktenzeichen:

ANTRAG auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift oder Maschinenschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen!			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	
B. Angaben zur Beruflichen Tätigkeit seit Beginn der letzten Zeitrente			
1. Sind oder waren Sie selbstständig erwerbstätig? ☐ nein _____ Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt – bitte nachweisen) ☐ ja ☐ im eigenen land-, forstwirtschaftlichen oder gärtnerischen Unternehmen bzw. des eines Familienangehörigen ☐ im eigenen gewerblichen Betrieb bzw. des eines Familienangehörigen ☐ im sonstigen freien Beruf _____ Art und Umfang der Tätigkeit			
2.1 Sind Sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft oder dem Gartenbau als Arbeitnehmer (auch geringfügig) beschäftigt? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ bis _____ Beschäftigung/Tätigkeit Tag, Monat, Jahr _____ Name, Anschrift des Arbeitgebers			
2.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? _____ Tage pro Woche; Stunden täglich			
2.3 Besteht das Arbeitsverhältnis (zumindest formal) noch? ☐ ja ☐ nein			



Aktenzeichen:

C. Angaben zur Erwerbsminderung seit Beginn der letzten Zeitrente

1 a. Ist ein Weiterzahlungsantrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist das weitere Vorliegen einer Erwerbsminderung bereits anerkannt worden?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

1 b. Ist zwischenzeitlich ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist eine Erwerbsminderung anerkannt worden?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

Falls ja, sind die Nummern 2 – 6 nicht mehr auszufüllen. Bitte den Rentenbescheid beifügen.

2. Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für weiterhin erwerbsgemindert?

3. Ist eine Erwerbsminderung von anderen Stellen (z. B. wegen Arbeitsunfall, Schwerbehinderung) anerkannt worden oder wurden Sie amtsärztlich untersucht?

☐ nein

☐ ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

4. Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

☐ nein

☐ ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

5. Sind Sie in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

☐ nein

☐ ja, bei

Name und Anschrift des Arztes

Einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes (Anlage K) und sofern vorhanden weitere medizinische Unterlagen in Kopie bitte beifügen.

6. Wurden Sie in der letzten Zeit **stationär** behandelt?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

Wann?

Monat, Jahr

7. Ist seit Beginn der letzten Zeitrente eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder ist eine solche Leistung beantragt worden?

☐ nein

☐ ja, bei/von

Versicherungsträger

Aktenzeichen

Wann?

Monat, Jahr



Aktenzeichen:

D. Erklärung und Information

1. Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbstständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.
Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.
Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.
 2. Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.
 3. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass
 - der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen in den Antragsvordrucken vollständig beantwortet sind,
 - sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergibt,
 - hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können.
 4. Ich bin damit einverstanden, dass eine Rentennachzahlung
 - zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird.
- ☐ Die in Punkt 4 genannte Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung soll nicht durch Einbehalt von der Rente erfolgen. Die Forderungen sind direkt von mir bzw. meinem Ehegatten anzufordern.

Als Anlagen zum Antrag sind beigelegt (bitte ankreuzen)

- ☐ Anlage K – Ärztl. Befund- u. Behandlungsbericht
- ☐ Anlage J – Erklärung zum Hinzuverdienst bei EMR
- ☐ weitere medizinische Unterlagen

☐ _____

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Aktenzeichen:

Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer

Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.

Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.

Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I).

Datum

Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Aktenzeichen:

Anlage J Erklärung zum Hinzuverdienst bei Renten wegen Erwerbsminderung	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Hinzuverdienst (Bei den Fragen 1 bis 4 ist auch vergleichbares Einkommen aus dem Ausland anzugeben)	
1. Beziehen Sie Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob) oder vergleichbares Einkommen (Vorruhestandsgeld, Überbrückungsgeld oder Abfindung des Arbeitgebers, Bezüge als Minister oder parlamentarischer Staatssekretär, Abgeordnetendiäten)? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers oder der Zahlstelle (Bitte eine aktuelle Arbeitgeberbescheinigung beifügen.)	
2. Beziehen Sie Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit/Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder Einnahmen aus der Verpachtung eines gewerblichen außerlandwirtschaftlichen Betriebs (z. B. Gewinn aus Photovoltaik- oder Windkraftanlagen)? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ (Bitte eine aktuelle Schätzung des Arbeitseinkommens beifügen.)	
3. Beziehen Sie Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft? Hinweis: Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie oder Ihr Ehegatte noch ein land-, forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen über der Mindestgröße bewirtschaften. Umfassende Informationen zur Mindestgröße finden Sie auf unserer Homepage unter www.SVLFG.de/versicherte-personen-alterskasse . ☐ nein ☐ ja (Bitte letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheid und eine aktuelle Schätzung des Einkommens aus Land- und Forstwirtschaft beifügen.)	
4. Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen wie zum Beispiel Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Arbeitslosengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Kurzarbeitergeld, Qualifizierungsgeld, Pflegeunterstützungsgeld, Insolvenzgeld und/oder vergleichbare Leistungen einschließlich vergleichbarer Leistungen von einer Stelle im Ausland? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Leistung Aktenzeichen zahlende Stelle (Bitte Bewilligungsbescheid beifügen.)	
5. Ist ein Antrag oder eine Klage auf Gewährung einer der oben genannten Leistungen anhängig? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Versicherungsträger Aktenzeichen	



Aktenzeichen:

C. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
Ich verpflichte mich, die Alterskasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn

- sich eine Änderung in der Höhe meines Einkommens ergibt oder
- eine der vorgenannten Einkommensarten erstmalig gezahlt oder beantragt wird.

Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Anforderung von ergänzenden Nachweisen über die Höhe meines Einkommens bei den zuständigen Leistungsträgern und Finanzbehörden einverstanden bin.

Datum

Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.

Als Anlagen sind beigefügt

☐

☐



Informationen zum Hinzuverdienst bei Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung

Ein Hinzuverdienst beeinflusst die Höhe der Rente

1. Allgemeines

Einkommen, das neben der Rente erzielt wird, kann sich auf die Rentenhöhe auswirken. Als Hinzuverdienst sind Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen, die neben einer Rente wegen Erwerbsminderung bezogen werden, zu berücksichtigen. Maßgebend ist das monatliche Einkommen.

Wird eine Hinzuverdienstgrenze überschritten, erfolgt die Zahlung der Rente abhängig vom erzielten Hinzuverdienst in anteiliger Höhe oder die Rentenzahlung ruht vollständig. Nach Erreichen der Regelaltersgrenze ist ein Hinzuverdienst nicht mehr zu berücksichtigen.

2. Ermittlung der Hinzuverdienstgrenzen, Verfahren

In Abhängigkeit davon, ob eine **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente geleistet wird, gelten unterschiedliche monatliche Hinzuverdienstgrenzen.

3. Zu berücksichtigendes Einkommen

Einkommen aus mehreren Beschäftigungen und/oder Tätigkeiten werden grundsätzlich zusammenge-rechnet. Dabei ist zu beachten, dass nur ein Verlustausgleich innerhalb der Einkommensart zulässig ist. Leistungen ausländischer Stellen, die den nationalen Leistungen gleichgestellt sind, werden gleichermaßen angerechnet.

3.1 Arbeitsentgelt

Zum Arbeitsentgelt zählen alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob). Leistet ein Berechtigter Altersteilzeit, ist bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts nur das erzielte Arbeitsentgelt zugrunde zu legen. Der vom Arbeitgeber steuerfrei gezahlte Aufstockungsbetrag bleibt unberücksichtigt. Der Bezug von Vorruhestandsgeld steht dem Arbeitsentgelt gleich; hierbei handelt es sich um Leistungen, die der Arbeitgeber an ausgeschiedene Arbeitnehmer zahlt. Als Entgelt ist der Bruttobetrag anzurechnen.

3.2 Arbeitseinkommen

Der Begriff des Arbeitseinkommens umfasst die Einkünfte, die nach dem Einkommensteuergesetz als Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit bewertet werden, unabhängig von der Ausübung einer Tätigkeit, deshalb auch z. B. den Gewinn aus der Erzeugung regenerativer Energien mittels Photovoltaik- oder Windkraftanlagen. Anhaltspunkt für die Höhe des aktuellen Einkommens kann der letzte Einkommensteuerbescheid sein.

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sind zu berücksichtigen, wenn der Rentenbezieher Landwirt ist. Landwirt im Sinne des ALG ist, wer ein land-, forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen betreibt oder an einem solchen Unternehmen beteiligt ist, das die Mindestgröße erreicht. Der Ehegatte gilt als Landwirt. Eine Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht beeinflusst die Landwirtschenschaft nicht.

Das Arbeitseinkommen, welches im Ergebnis dem steuerrechtlichen Gewinn entspricht, ist, sofern ein Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt, im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung zu ermitteln, das heißt gegebenenfalls zu schätzen. Der Schätzung sind zugrunde zu legen:

- eine Bescheinigung des Steuerberaters,
- die entsprechende Erklärung des Berechtigten,
- der maßgebende Teil der Steuererklärung oder
- die erstellte Bilanz mit entsprechender Gewinn- und Verlustrechnung.

3.3 Vergleichbares Einkommen

Zum vergleichbaren Einkommen gehören insbesondere Überbrückungsgelder des Arbeitgebers, Abfindungen des Arbeitgebers wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses soweit hierdurch der Verlust von Arbeitsentgelt ausgeglichen wird, Aufwandsentschädigungen soweit sie steuerpflichtig sind, Bezüge von Ministern, parlamentarischen Staatssekretären sowie Abgeordneten (nicht jedoch die zusätzlich gewährte Aufwendungspauschale).



3.4 Sozialleistungen

Bei der Prüfung der Hinzuverdienstgrenze sind bei den Erwerbsminderungsrenten auch bestimmte kurzfristige Erwerbsersatzeinkommen anzurechnen. In Abhängigkeit von der Rentenart **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente werden unterschiedliche Erwerbsersatzeinkommen angerechnet.

Es ist nicht der Betrag der Sozialleistung selbst anzurechnen, sondern die beitragspflichtige Einnahme, die der Sozialleistung zugrunde liegt.

3.4.1 Rente wegen voller Erwerbsminderung

Bei dieser Rente steht das für denselben Zeitraum gewährte

- Verletztengeld und das
- Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen gleich.

3.4.2 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei dieser Rente stehen die nachfolgend aufgeführten Sozialleistungen dem Entgelt oder Einkommen gleich:

- Arbeitslosengeld,
- Kurzarbeitergeld,
- Winterausfallgeld,
- Insolvenzausfallgeld,
- Verletztengeld,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn begonnen hat,
- Krankengeld der Sozialen Entschädigung, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn eingetreten ist oder aufgrund einer stationären Behandlung geleistet wird, wenn ein nach dem Rentenbeginn erzieltetes Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt,
- Übergangsgeld, dem ein Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt, welches nach dem Rentenbeginn erzielt wurde oder welches aus der gesetzlichen Unfallversicherung geleistet wird und
- vergleichbare Leistungen, wie z. B. Übergangsleistungen nach der Berufskrankheiten-Verordnung, Berufsausbildungsgeld nach dem SGB III.



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%;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)</th> <th style="width: 10%;">Seitenlo- kalisation</th> <th style="width: 10%;">Diagnose- sicherheit</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td rowspan="5"> Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose </td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </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?					Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit		1. _____				Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose	2. _____				3. _____				4. _____				5. _____			
	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit																										
1. _____				Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose																									
2. _____																													
3. _____																													
4. _____																													
5. _____																													



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.	