

## Bericht für den Medizinischen Dienst

*Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.*

Datum der letzten Untersuchung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Diagnose \_\_\_\_\_

Befunde \_\_\_\_\_

Mitbehandlung ☐ nein ☐ ja, im Fachbereich \_\_\_\_\_

Es droht ☐ eine Verschlimmerung des Leidens oder ☐ Behinderung

Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil \_\_\_\_\_

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach 

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Voraussichtlich arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

☐ Röntgen-  
befund ☐ Ultraschall-  
befund ☐ EKG-  
befund

☐ Labor-  
befund ☐ Arzt- oder  
Krankenhausbericht

Sonstiges \_\_\_\_\_

Für den Bericht des Arztes ist die  
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 31.10.2014**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes