

BEFUNDBERICHT FÜR DEN ÄRZTlichen DIENST DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

gem. Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer vom 17.12.2021

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer:

BGL-Nummer:

Liquidations-ID:

Patient/in befindet sich seit _____ regelmäßig gelegentlich nicht in meiner Behandlung

Letzte Behandlung am _____

Welche Leistung wird beantragt (Frage ist nur zu beantworten, falls die aktuelle Verordnung durch Sie erfolgt ist)?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Schuhzurichtung | <input type="checkbox"/> Maßschuhe |
| <input type="checkbox"/> technische Hilfe (bitte näher beschreiben): | <input type="checkbox"/> manuell | <input type="checkbox"/> elektrisch |

Nähere Beschreibung der technischen Hilfen:

Beschwerden/Behinderungen mit Auswirkung auf die beantragte Leistung:

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen: | <input type="checkbox"/> HWS | <input type="checkbox"/> BWS | <input type="checkbox"/> LWS |
| <input type="checkbox"/> Beinverkürzung: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> Kniebeschwerden: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen): _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Begründung der Notwendigkeit (beispielweise: Diagnose, Funktionseinschränkungen, etc.) des Fußschutzes oder der technischen Hilfen:

ja

nein

Sofern orthopädisches Schuhwerk oder Einlagen beantragt wurde: Muss das Schuhwerk bzw. die Einlagen ganztags getragen werden?

Seit: _____

Bisher verordnete Hilfsmittel (beispielweise Orthesen, Prothesen, Bandagen, etc.). Bitte geben Sie auch einen Hinweis, weshalb diese aus Ihrer Sicht nicht ausreichend sind:

Rückruf erbeten

Bitte senden Sie mir Ihr Gutachten / Ihre gutachterliche Äußerung zu

(Eine Erklärung der Patientin / des Patienten über die Entbindung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit von der ärztlichen Schweigepflicht lege ich bei oder reiche ich nach)

Bitte fügen Sie diesem Befundbericht relevante medizinische Unterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, Laborbefunde, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Gutachten u. ä.) als Kopie bei, vielen Dank.

Medizinische Unterlagen liegen bei

Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Arzt / Ärztin (Rechnungssteller)	Eingang ÄD
---	-------------------

An den
Ärztlichen Dienst der
Agentur für Arbeit

'Rechnungsnummer:	
Rechnungsdatum:	
Steuernummer/ Ust-Id-Nr.:	
'Liquidations-ID ÄD:	

Liquidation

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

Fotokopierkosten: 0,50 € für die ersten 50 Seiten	_____ Seiten á 0,50 €	=	_____ €
0,15 € für jede weitere Seite	_____ Seiten á 0,15 €	=	_____ €
Ausstellung des vollständigen Befundberichts und Übermittlung an den Ärztlichen Dienst:	32,50 €	=	_____ €
Portokosten:		=	_____ €
Gesamtsumme:		=	_____ €

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber/in
IBAN:
D E 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
BIC:
Bank/Sparkasse:

¹ Bitte geben Sie für die Bezahlung der Rechnung Ihre Rechnungs-Nummer und die vom Ärztlichen Dienst vergebene Liquidations-ID an.