



MSAT / MSNR

— 1 —

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

S0051

zum Antrag auf

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
 - Erwerbsminderungsrente

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: <https://www.rehainfo-aerzte.de>

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Zeichenanzahl für Ihre Angaben begrenzt ist, ergänzen Sie bei Bedarf Ihren Befundbericht um ein Beiblatt.

1 Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes / psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut | Fachrichtung

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____.

Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen wöchentlich 14-täig monatlich seltener

Der Autoren-Aufzähle ist auf meine Annahmen zu 2

1

Telefonnummer für Rückfragen:



A graph showing a periodic square wave signal. The x-axis represents time, and the y-axis represents the signal level. The signal alternates between two levels, with sharp transitions occurring at integer intervals. The period of the signal is 10 units.

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

2 Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz		ICD-10					
1.							
2.							
3.							
4.							

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?

5 Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten / Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>				
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>				
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>				



noch Ziffer 5

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>				
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>				
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>				

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

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



9 Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)

(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteneinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, 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

Die Patientin / der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

- nein

ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

- nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

ja



noch Ziffer 11

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

- nein
 ja mit Begleitung

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

- nein
 ja
 kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

- nein
 ja

12 Bemerkungen

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung



