



MSAT / MSNR

--	--	--	--

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.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

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-tägig ☐ monatlich ☐ seltener Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☐ ja Telefonnummer für Rückfragen: _____	



Age Group	Number of People
0-14	10
15-24	20
25-34	90
35-44	30
45-54	20
55-64	10
65-74	5
75-84	2
85-94	1
95-104	1

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?

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

noch Ziffer **5**

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

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)	



(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)

☐ Bewegungsmangel ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Alkohol

☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Sonstiges

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☐ Verschlechterung seit _____

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



