Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Betriebs**Ä**rztliche
Rehabilitation

Betriebsärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	
Straße	PLZ, Wohnort

☐ DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

		Diagnoseschlüssel ICD 10
1.	Hauptdiagnose	☐☐☐.☐☐
2.	Reha-relevante Nebendiagnosen	☐☐☐.☐☐
3.	Sonstige Diagnosen	☐☐☐.☐☐

4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines
☐ Arbeitsunfalles/Berufskrankheit ☐ eines Privatunfalles

B

1. Die Antragstellung wurde angeregt durch
☐ Patient ☐ **Betriebsarzt**
2. Arbeitsunfähigkeit besteht wegen
☐ nein ☐ ja, seit

C

1. Missbrauch/Gefährdung (Laborwerte (γ GT; CDR, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)
☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Sonstige
2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt
☐ nein ☐ ja

D

1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E

1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F

1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G

1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf
2. Ausprägung der Einschränkungen

☐	☐	☐	☐	☐
ohne	leicht-gradig	mittel-gradig	schwer-gradig	höchst-gradig

REHA0204.01/17

Versicherungsnummer

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion — Datum der letzten Befunderhebung: _____

☐ Sinnesorgane
☐ Haut
☐ Atmungsorgane
☐ Herz/Kreislauf
☐ Bauchorgane
☐ Kontinenzorgane
☐ Wirbelsäule
☐ obere Extremitäten
☐ untere Extremitäten
☐ Nervensystem
☐ Psyche
☐ geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. ☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ ausgeprägte Gehstörung ☐ auf Rollstuhl angewiesen ☐ ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg | Größe cm | RR mmHG | Puls

I

1. **Ziele einer Rehabilitationsmaßname** aus Ihrer Sicht

2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?
☐ nein ☐ ja

3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?
☐ nein ☐ ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐
minimal — sehr ausgeprägt

5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Reha-Maßname
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐
minimal — sehr ausgeprägt

6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?
☐ nein ☐ ja

7. Haben Sie zu einem Rentenantrag geraten?
☐ nein ☐ ja

J

1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt? **wenn ja**, welche?
☐ nein ☐ ja

K

1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? **wenn ja**, welche?
☐ nein ☐ ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend? **wenn nein,** welche?
☐ nein ☐ ja

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?
☐ nein ☐ ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägige Rehabilitation?
(Tägliche Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)
☐ nein ☐ ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?
☐ nein ☐ ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?
☐ nein ☐ ja

L

Betriebs-Werksärztlicher Kontakt

1. ☐ Firma/Betrieb:
2. ☐ Betriebs-Werksarzt:
3. ☐ Telefon:

☐ **Erbitte Rückruf durch Rehaklinik!**
(ggf. Uhrzeit angeben)

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift/Stempel des Arztes

Bitte beifügen (möglichst in Kopie): Apparative Befunde, Facharzt-/Krankenhausberichte, Gutachten (z. B. MDK) der letzten 4 Jahre

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung

entsprechend der Vereinbarung des VDBW mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur Einbindung der Betriebsärzte in den Rehabilitationsprozess

Versicherter (Name, Vorname)		Versicherungsnummer
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Honorar (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten beigefügter Kopien) **28,44 EUR**

Hinweis:
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Dokumentationsbogen und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Betriebsärztin/des Betriebsarztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers		Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
IBAN (International Bank Account Number) **D E**		BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)		
Rechnungsnummer		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

REHA0204.01/17