

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------	---------------------------------	-------------

Ärztlicher Befundbericht bei bösartigen Geschwulstkrankheiten und malignen Systemerkrankungen

Hinweis: Aus Gründen der vereinfachten Datenerfassung und besseren Lesbarkeit bitten wir nach Möglichkeit den Befundbericht sowie die Honorarabrechnung elektronisch auszufüllen. Der Befundbericht sowie die Honorarabrechnung stehen als **ausfüllbare Formulare** unter folgender Internetadresse zur Verfügung:
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/reha-befundberichte

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,

wir bitten Sie, die Fragen im anliegenden Befundbericht **ausführlich** zu beantworten und diesen **umgehend beziehungsweise unmittelbar nach der Entlassung** zurückzusenden. Die Antragstellerin / der Antragsteller ist mit der Auskunftserteilung über seinen Gesundheitszustand durch die behandelnden Ärzte einverstanden. Eine Bearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund ist nur möglich, wenn genaue und **vollständige** Angaben vorliegen, da sonst der Bericht zur Ergänzung an Sie zurückgeleitet wird.

Diagnosen - Codierung

Um eine schnelle Bearbeitung zu gewährleisten, ist zusätzlich zur Diagnose immer der aktuelle **ICD-10-GM Diagnoseschlüssel** erforderlich.

Vorhandene Befunde und Berichte

Damit patientenorientiert entschieden werden kann, übersenden Sie uns bitte Kopien wichtiger aktueller Befunde (zum Beispiel Krankenhausberichte, Berichte anderer Ärzte).

Honorar

Die Deutsche Rentenversicherung Bund honoriert diesen Befundbericht nach der Vergütungsempfehlung für die Deutsche Rentenversicherung pauschal mit 28,44 EUR. Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (G0600). Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (zum Beispiel für ärztliche Untersuchungen) können von der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht erstattet werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund



Ärztlicher Befundbericht bei bösartigen Geschwulstkrankheiten und malignen Systemerkrankungen

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	PNR	Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
2	Name, Vorname	Geburtsdatum			
3	Straße, Hausnummer, Wohnort				
4	Seit wann ist die Krankheit bekannt?			Monat, Jahr der Diagnose	
5	Besteht Arbeitsunfähigkeit (gegebenenfalls seit wann?)			Datum	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

Zusätzlich zur Diagnose ist unbedingt der aktuelle Diagnoseschlüssel anzugeben!

6	Diagnose der malignen Erkrankung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- Diagn. locali. Sicherh.
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.1	Histomorphologischer Befund, Malignitätsgrad (grading)		
6.2	Tumorausbreitung: TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung (staging)		
7	Krankenhausaufenthalte wegen der malignen Erkrankung (mit Anschriften)		
	vom - bis	in	
8	Operationen?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Datum	Art des operativen Eingriffs	
		Radikal-Op. <input type="checkbox"/> Palliativ-Op. <input type="checkbox"/>	
	Datum	Art des operativen Eingriffs	
		Radikal-Op. <input type="checkbox"/> Palliativ-Op. <input type="checkbox"/>	
9	Bestrahlungen?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	vom - bis	Art (zum Beispiel Linearbeschleuniger, Brachytherapie, Afterloading)	
	vom - bis	Art (zum Beispiel Linearbeschleuniger, Brachytherapie, Afterloading)	
10	Wann wurde die Primärbehandlung der malignen Erkrankung beendet?		
	Monat, Jahr _____		
	Vollremission	Falls ja, gegebenenfalls seit wann?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Teilremission	Falls ja, gegebenenfalls seit wann?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

11 Medikamentöse antineoplastische Therapie (zum Beispiel Chemotherapie, Antikörpertherapie, Immuntherapie oder Hormontherapie)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom - bis
Präparate oder Therapieschemata	
Präparate oder Therapieschemata	vom - bis
12 Aktueller Lokalbefund, bezogen auf die maligne Erkrankung	
Letzte fachärztliche Untersuchung am	
13 Progression, Rezidiv oder Metastasen nachweisbar?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gegebenenfalls Art und Lokalisation	
seit wann?	festgestellt am
von	
14 Allgemeinzustand	
<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> reduziert
Gewicht: kg	Größe: cm
RR: mm Hg	Puls: mm Hg
14.1 Liegen tumorbedingte Beschwerden oder weitere Funktionsbeeinträchtigungen vor?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, welche?	
14.2 Medizinisch-technische Befunde (Laborbefunde einschließlich Tumormarker, SGOT, SGPT, y-GT, Triglyceride, EKG, Röntgen, CT, Sonographie, Endoskopie und andere)	
15 Wurden bereits Leistungen zur onkologischen Rehabilitation durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gegebenenfalls wo?	vom - bis
gegebenenfalls wo?	vom - bis
Falls ja, Begründung für den aktuellen Antrag	
Anzahl: _____	
16 Teilnahme an DMP?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
17 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls nein, in welcher Sprache?
18 Ist die Patientin / der Patient über Bösartigkeit des Leidens aufgeklärt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
19 Ist die Patientin / der Patient belastbar für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
20 Ist die Patientin / der Patient allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisefähig?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
21 Ist eine Begleitperson für die Reise erforderlich?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, medizinische Begründung:	

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung) _____

