

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	PNR 2
2	Name, Vorname <i>Kling, Dietrich</i>	Geburtsdatum	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Geheilte Diagnose
3	Straße, Hausnummer		
3	Postleitzahl	Wohnort	
4	arbeitsunfähig	nein ja	wegen

5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnosenachweis ICD-10-GM (bitte Präzisionsdiagnose ohne Punkt ausfüllen)	Selten-lokalit.	Diagn.-Sicherh.
1.	<i>Myalgie-Syndrom bei</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<i>psycho-reg. Dysregulation u.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Lumbal-Syndrom</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 **Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**
*ständige Rückenschmerzen
 erschwertes Gehen mit Gleichgewichtstörungen*

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung:

7 **Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)**
Seit ca. 7 Jahr obige Beschwerden

8 **Risikofaktoren / Gefährdung durch**

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige:

9 **Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**
Überforderung als Pädagoge

liegen nicht vor

Name, Vorname: Klug, Dietrich Geburtsdatum:

11 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung: 11.02.09

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschl. Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):

Wirbelsäule: FBA: 30cm

ZNS: ps. - veg. Dysregulation

Gewicht: 69 kg

Größe: 177 cm

RR: 125/80 mm Hg

Puls: 72

12 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

Analgetika, Antirheumatika
Physiotherapie

12.1 Teilnahme an DMP? nein ja, welche?

Integrierte Versorgung? nein ja

13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher:

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein

Besteht Schwangerschaft? ja nein

14 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

15 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

16 Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen ja nein

Planen, 16.2.09

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Arzt/Ärztin (Facharztbezeichnung)

Abschrift vom Original in Druckbuchstaben
aufgrund der besseren Lesbarkeit