Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

☐ zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

☐ zum Rentenantrag

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	**ICD-10**
Jetzige Beschwerden:	
Funktionseinschränkungen:	

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Krankheitsvorgeschichte (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):
Bisherige und aktuelle Therapie:
Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund):
Wichtige medizinisch technische Befunde (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Patient befindet sich seit dem _____ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben? ☐ nein ☐ ja, seit _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja, Besserung ☐ ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich? ☐ ja ☐ nein – in welcher Sprache _____

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ☐ ja ☐ nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich? ☐ nein ☐ ja ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation? ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

_____
Datum, Unterschrift, Stempel

SMD 2061 Stand: 10/2013

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ärztlicher Befundbericht

☐ zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
☐ zum Rentenantrag

Versicherte/Versicherter	Versicherungsnummer

Honorarabrechnung

Für Ärzte einer Haftanstalt erfolgt keine Honorierung!

Das Honorar beträgt **27,20 EUR** inkl. Schreibgebühren, Porto und Kosten für beigefügte Kopien.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Befundbericht zusammen mit der Honorarabrechnung an den in Ihrem Bundesland zuständigen Standort der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Geldinstitut mit Ortsangabe		
IBAN (International Bank Account Number) **D E**		BIC (Bank Identifier Code)

Nachfolgende Zeilen bitte nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll:
Kontoinhaber (Name, Vorname)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Arztstempel

- Dieser Teil wird von der Deutschen Rentenversicherung Nord ausgefüllt -

Feststellung des Rechnungsbeleges

Der ausgefüllte sowie mit Datum, Unterschrift und Arztstempel versehene Arztbefundbericht ist eingegangen.

Datum, Unterschrift – Namenstempel -

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

☐ zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
☐ zum Rentenantrag

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	**ICD-10**
Jetzige Beschwerden:	
Funktionseinschränkungen:	

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt

Versicherungsnummer

Krankheitsvorgeschichte (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):
Bisherige und aktuelle Therapie:
Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund):
Wichtige medizinisch technische Befunde (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt

Versicherungsnummer

Patient befindet sich seit dem _____ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben? ☐ nein ☐ ja, seit _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja, Besserung ☐ ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich? ☐ ja ☐ nein – in welcher Sprache _____

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ☐ ja ☐ nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich? ☐ nein ☐ ja ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation? ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

_____
Datum, Unterschrift, Stempel

SMD 2061 Stand: 10/2013