





|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1 Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|-----------------------|---------------------------------|

### Ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag bei der Rentenversicherung bzw. zur Nachprüfung der weiteren Rentenberechtigung

|  |              |
|--|--------------|
| 2 Patient (Name, Vorname, Geburtsname) | Geburtsdatum |
|--|--------------|

|                |           |
|----------------|-----------|
| 3 Postleitzahl | Anschrift |
|----------------|-----------|

4 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5 Jetzige Beschwerden:

6 Funktionseinschränkungen:

7 Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte / Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie):

8 Bisherige und derzeitige Therapie:

9 Teilnahme an DMP?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_  nicht bekannt

Integrierte Versorgung?  nein  ja  nicht bekannt





1 Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### Ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag bei der Rentenversicherung bzw. zur Nachprüfung der weiteren Rentenberechtigung

2 Patient (Name, Vorname, Geburtsname) Geburtsdatum

3 Postleitzahl Anschrift

4 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose):  
1.  
2.  
3.  
4.

5 Jetzige Beschwerden:

6 Funktionseinschränkungen:

7 Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte / Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie):

8 Bisherige und derzeitige Therapie:

9 Teilnahme an DMP?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_  nicht bekannt  
Integrierte Versorgung?  nein  ja  nicht bekannt





