



G9802

**Werks-/Betriebsärztlicher Befundbericht zum Reha-Antrag
 (WeB-Reha)**

Versicherungsnummer			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit wegen			
A (Funktions-)Diagnosen (Reihenfolge nach Relevanz für Erwerbstätigkeit)		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose <small>Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)</small>	
1.			
2.			
3.			
4.			

B Krankheitsvorgeschichte (mit Zeitangaben)

C Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentl. Gehbehinderung

sonstige Behinderung:

D Risikofaktoren / Gefährdung durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige:

Psychosoziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

E Wesentliche Arbeitsplatzanforderungen/-probleme

**Blatt 2
zum Werks-/Betriebsärztlichen Befundbericht zum Reha-Antrag (WeB-Reha)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

F Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: _____

Ohne wesentlichen krankhaften Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege
 Herz / Kreislauf
 Bauchorgane
 Bewegungsapparat
 Nervensysteme und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (inkl. Labor)

Gewicht: _____ kg
 Größe: _____ cm
 RR: _____ mm Hg

Beigefügte Arzt-Berichte (nur in Kopie):

G Bisherige Therapie (Art, Häufigkeit, Zeitraum, Ergebnis)

H Besserung der Leistungsfähigkeit durch Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe) zu erwarten?
 ja nein

I Reha-Durchführungsvoraussetzungen

Gesundheitsschäden entstanden durch
 Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit
 Wehrdienstbeschädigung
 Unfall

Verständigung in deutscher Sprache möglich
 ja
 nein, in folgender Sprache: _____

Ausreichende psychische und körperliche Belastbarkeit für Reha-Leistungen liegt vor
 ja
 nein

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel
 ja
 nein
 Begleitperson erforderlich
 ja
 nein

Besteht Schwangerschaft?
 ja
 nein

J Bemerkungen

K Betriebs-/Werksärztlicher Kontakt

Firma/Betrieb: _____
 Betriebs-/Werksarzt: _____
 Postanschrift: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____



Rechnung für den WeB-Reha-Befundbericht vom

Absender: Werks-/Betriebsarzt

Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer

Personalien der/des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>	
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Die Honorierung ist nur möglich, wenn der Befundbericht vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist. **Die grau unterlegten Felder sind immer auszufüllen!** Nach den aktuellen Kassenrichtlinien ist dieser Vordruck immer im Original einzureichen. Über FAX eingereichte Liquidationen können nicht bearbeitet werden.

Zahlungsempfänger

Name			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Bank/Sparkasse/Postbank	Bankleitzahl	Kontonummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Für die Erstellung des WeB-Reha-Befundberichtes einschließlich Schreibgebühren und Porto bitte ich um Überweisung von 25,20 EUR auf das o.a. Konto.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Wird von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland ausgefüllt:

Abteilung SMD		Abteilung RGE	
sachlich richtig:		rechnerisch richtig:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift/Namensstempel	Datum	Unterschrift/Namensstempel