

## Hinweis für den behandelnden Arzt zum Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Patientin/Ihr Patient hat einen Antrag auf Sozialleistungen gestellt. Wir prüfen aufgrund unserer gesetzlichen Verpflichtung die medizinischen Voraussetzungen für diese Leistung und wollen Ihre ärztlichen Erkenntnisse über ihr/sein Krankheitsbild in den Entscheidungsprozess einbeziehen.

Ihre Angaben sind für uns wichtig, um zu prüfen, ob die Erkrankung Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmindernden Einfluss auf das Erwerbsleben hat. Aus den Befunden und Diagnosen sollen die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Die Diagnosen verschlüsseln Sie bitte in der Reihenfolge ihrer Bedeutung nach der ICD-10-GM.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Wir weisen darauf hin, dass der Versicherte auf Antrag berechtigt ist, später auch in diesen Befundbericht Einsicht zu nehmen (§ 25 Sozialgesetzbuch X).

Für den vollständigen ärztlichen Bericht zahlt die Deutsche Rentenversicherung 28,20 EUR, einschließlich Porto, Kopien und Schreibgebühren. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. für ärztliche Untersuchungen) werden von uns nicht erstattet.

Fügen Sie dem ärztlichen Bericht bitte auch Kopien der Ihnen vorliegenden relevanten Befunde, Facharztbriefe, Krankenhausentlassungsberichte bzw. Gutachten bei.

Aus Vereinfachungsgründen können Sie uns **alternativ** zum Befundbericht auch Kopien der Ihnen vorliegenden ärztlichen Befunde (Facharztbriefe, Epikrisen bzw. Gutachten) übersenden. In diesem Fall vergüten wir Ihnen bis 10 Kopien 7,20 EUR, darüber hinaus 14,40 EUR inklusive Porto.

Bitte verwenden Sie die beigefügte Honorarabrechnung. Befundberichte und übersandte ärztliche Unterlagen werden nach den geltenden Bestimmungen nur honoriert, wenn sie von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland im Rentenverfahren angefordert wurden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Absender



**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Mitteldeutschland

**Aus datenschutzrechtlichen Gründen benötigen wir für die Abwicklung Ihrer Honorarabrechnung zwingend ein anonymisiertes Zuordnungsmerkmal (z. B. Rechnungsnummer, Kassenzettel oder dergleichen):**

\_\_\_\_\_

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

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| Ärztlicher Befundbericht                  | 21,00 EUR        |
| Verwaltungskostenpauschale                |                  |
| (Schreibgebühr, Porto, Kosten für Kopien) | <u>7,20 EUR</u>  |
|                                           | <b>28,20 EUR</b> |

| Month    | Number of Visitors |
|----------|--------------------|
| January  | 100                |
| February | 60                 |
| March    | 60                 |
| April    | 60                 |
| May      | 60                 |

\_\_\_\_\_

**D E**

A horizontal number line with vertical tick marks at each integer from 0 to 10. The number 5 is circled.

[illegible]

\_\_\_\_\_

**wird von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland ausgefüllt**

sachlich und rechnerisch richtig

|                         |
|-------------------------|
| <br>Versicherungsnummer |
|-------------------------|

|              |
|--------------|
| <br>Absender |
|--------------|



**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Mitteldeutschland

## Ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag

**Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland**

Absender:

Stempel des behandelnden Arztes

|                                                                                                                                                                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname)                                                                                                                                                    |  | Geburtsdatum<br> |  |
| Straße, Postleitzahl, Wohnort                                                                                                                                                       |  |                  |  |
| Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (ICD-10-GM–Verschlüsselung und möglichst als Funktionsdiagnose):<br><br>1.<br><br>2.<br><br>3.<br><br>4.                          |  |                  |  |
| Jetzige Beschwerden:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                        |  |                  |  |
| Funktionseinschränkungen:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                   |  |                  |  |
| Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie)<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |  |                  |  |
| Bisherige und derzeitige Therapie:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                          |  |                  |  |

