

## Betriebsärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname	
Straße	PLZ, Wohnort

DMP-Patient

### A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

		Diagnoseschlüssel ICD 10
1. Hauptdiagnose		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reha-relevante Nebendiagnosen		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines		
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> eines Privatunfalles

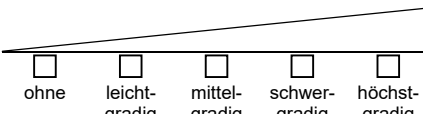
<b>B</b>	1. Die Antragstellung wurde angeregt durch	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Betriebsarzt
	2. Arbeitsunfähigkeit besteht	wegen	
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit

<b>C</b>	1. Missbrauch/Gefährdung (Laborwerte (γ GT; CDR, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)			
	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Sonstige
	2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

<b>D</b>	1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E</b>	1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>F</b>	1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren
----------	---------------------------------------------------------------------

<b>G</b>	1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf
	2. Ausprägung der Einschränkungen
	
	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> leicht-gradig <input type="checkbox"/> mittel-gradig <input type="checkbox"/> schwer-gradig <input type="checkbox"/> höchst-gradig



