

Name

Vorname

VSNR

5.	Bisherige und derzeitige Therapie:
6.	Untersuchungsbefunde: letzte Untersuchung am _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mmHg von der Norm abweichende klinische Untersuchungsbefunde:
7.	Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):
8.	Pat. befindet sich seit _____ <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> quartalsweise <input type="checkbox"/> gelegentlich in meiner Behandlung.
9.	Zurzeit arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ wegen _____
10.	Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwei Jahren? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> mehr als drei Monate <input type="checkbox"/> mehr als sechs Monate wegen _____
11.	Der Gesamtzustand in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> ist gleichgeblieben <input type="checkbox"/> hat sich gebessert <input type="checkbox"/> hat sich verschlechtert.
12.	Verständigung in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, in welcher: _____
13.	Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Bemerkung: _____
14.	Besserung der Leistungsfähigkeit ggf. möglich? <input type="checkbox"/> Ja, durch medizinische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Ja, durch berufliche Rehabilitation <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zurzeit nicht zu beurteilen
15.	Bemerkungen: <input type="checkbox"/> Erbitte Rückruf durch den Ärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers.
16.	<input type="checkbox"/> Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen.
	Tel. Nr. _____
	Datum _____ Unterschrift/Stempel _____

