



Aktenzeichen:

Anlage K zum Antrag von										
A. Angaben zur Person										
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum									
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer									
B. Ärztlicher Befund- und Behandlungsbericht zum Rentenantrag										
Nicht auszufüllen, falls bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt wurde.										
1. Behandlung										
Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ Tag, Monat, Jahr										
Letzter Kontakt am _____ Tag, Monat, Jahr										
Kontakte bestehen <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> seltener										
Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja										
2. Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz										
(Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)									
1. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
2. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
3. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
4. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
5. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
	<table style="font-size: small;"> <tr><td>Seitenlokalisierung</td></tr> <tr><td>R = rechts</td></tr> <tr><td>L = links</td></tr> <tr><td>B = beidseits</td></tr> <tr><td>Diagnosesicherheit</td></tr> <tr><td>A = ausgeschlossene Diagnose</td></tr> <tr><td>V = Verdachtsdiagnose</td></tr> <tr><td>Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose</td></tr> <tr><td>G = gesicherte Diagnose</td></tr> </table>	Seitenlokalisierung	R = rechts	L = links	B = beidseits	Diagnosesicherheit	A = ausgeschlossene Diagnose	V = Verdachtsdiagnose	Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose	G = gesicherte Diagnose
Seitenlokalisierung										
R = rechts										
L = links										
B = beidseits										
Diagnosesicherheit										
A = ausgeschlossene Diagnose										
V = Verdachtsdiagnose										
Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose										
G = gesicherte Diagnose										
3. Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)										
4. Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?										



Aktenzeichen:

5. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe					
	keine Beeinträchtigungen	Ein-schränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>				
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>				
Mobilität (z. B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>				
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>				
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>				
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z. B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (z. B. sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>				



Aktenzeichen:

12. Bemerkungen

C. Unterschrift

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr. des Arztes

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 36,26 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	36,26 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
_____	_____
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
_____	_____
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben: _____	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.	