



Versicherungsnummer

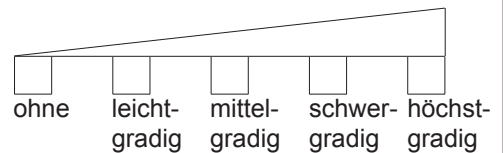
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E** 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

**F** 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

**G** 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen



**H Untersuchungsbefund**

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sinnesorgane   | <input type="checkbox"/> Bauchorgane        | <input type="checkbox"/> untere Extremitäten         |
| <input type="checkbox"/> Haut           | <input type="checkbox"/> Kontinenzorgane    | <input type="checkbox"/> Nervensystem                |
| <input type="checkbox"/> Atmungsorgane  | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule        | <input type="checkbox"/> Psyche                      |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> obere Extremitäten | <input type="checkbox"/> geistige Leistungsfähigkeit |

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3.  Taubheit     Blindheit     ausgeprägte Gehstörung     auf Rollstuhl angewiesen     ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht                      kg    Größe                              cm    RR                                      mmHG    Puls





Versicherungsnummer

## Abrechnung des Honorars

### Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
<b>Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners</b>	

**Ärztlicher Befundbericht** (einschl. Schreibgebühr, Kopie und Portokosten)

**28,44 EUR**

**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 ist.**

### Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers		Kennziffer des Arztes
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)
<b>D E</b>		
Geldinstitut (Name, Ort)		
Rechnungsnummer		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

