

# BEFUNDBERICHT FÜR DEN ÄRZTLICHEN DIENST DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

gem. Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer vom 17.12.2021

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer:

BGL-Nummer:

Liquidations-ID:

Patient/in befindet sich seit \_\_\_\_\_  regelmäßig  gelegentlich  nicht in meiner Behandlung

Letzte Behandlung am \_\_\_\_\_

**Welche Leistung wird beantragt (Frage ist nur zu beantworten, falls die aktuelle Verordnung durch Sie erfolgt ist)?**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einlagen                                    | <input type="checkbox"/> Schuhzurichtung | <input type="checkbox"/> Maßschuhe  |
| <input type="checkbox"/> technische Hilfe (bitte näher beschreiben): | <input type="checkbox"/> manuell         | <input type="checkbox"/> elektrisch |

**Nähere Beschreibung der technischen Hilfen:**

**Beschwerden/Behinderungen mit Auswirkung auf die beantragte Leistung:**

- |   |                              |                                 |                                |
|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen:           | <input type="checkbox"/> HWS | <input type="checkbox"/> BWS    | <input type="checkbox"/> LWS   |
| <input type="checkbox"/> Beinverkürzung:            |                              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand:         |                              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Kniebeschwerden:           |                              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen): | _____                        |                                 |                                |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Begründung der Notwendigkeit (beispielweise: Diagnose, Funktionseinschränkungen, etc.) des Fußschutzes oder der technischen Hilfen:**

**Sofern orthopädisches Schuhwerk oder Einlagen beantragt wurde: Muss das Schuhwerk bzw. die Einlagen ganztags getragen werden?**

ja

nein

**Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?**

Seit: \_\_\_\_\_

**Bisher verordnete Hilfsmittel (beispielweise Orthesen, Prothesen, Bandagen, etc.). Bitte geben Sie auch einen Hinweis, weshalb diese aus Ihrer Sicht nicht ausreichend sind:**

Rückruf erbeten

Bitte senden Sie mir Ihr Gutachten / Ihre gutachterliche Äußerung zu

(Eine Erklärung der Patientin / des Patienten über die Entbindung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit von der ärztlichen Schweigepflicht lege ich bei oder reiche ich nach)

**Bitte fügen Sie diesem Befundbericht relevante medizinische Unterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, Laborbefunde, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Gutachten u. ä.) als Kopie bei, vielen Dank.**

Medizinische Unterlagen liegen bei

Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

<b>Arzt / Ärztin (Rechnungssteller)</b>	<b>Eingang ÄD</b>
---	-------------------

An den  
 Ärztlichen Dienst der  
 Agentur für Arbeit

<sup>1</sup> Rechnungsnummer:	
Rechnungsdatum:	
Steuernummer/ Ust-Id-Nr.:	
<sup>1</sup> Liquidations-ID ÄD:	

## Liquidation

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

Fotokopierkosten: <b>0,50 €</b> für die ersten 50 Seiten	_____ Seiten á <b>0,50 €</b>	=	_____ €
<b>0,15 €</b> für jede weitere Seite	_____ Seiten á <b>0,15 €</b>	=	_____ €
Ausstellung des vollständigen Befundberichts und Übermittlung an den Ärztlichen Dienst:	<b>32,50 €</b>	=	<b>€</b>
Portokosten:		=	<b>€</b>
<b>Gesamtsumme:</b>		=	<b>€</b>

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber/in																					
IBAN:																					
D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BIC:																					
Bank/Sparkasse:																					

<sup>1</sup> Bitte geben Sie für die Bezahlung der Rechnung Ihre Rechnungs-Nummer und die vom Ärztlichen Dienst vergebene Liquidations-ID an.