

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 _____

Diagnosen:

Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

Aktuelle Therapie:

Physiotherapie Psychotherapie

Medikation (Medikamente bitte angeben):

Sonstige (z. B. Logopädie, Substitutionsbehandlung u. a.):

Hilfsmittel:

Arbeitsunfähigkeit:

- längere AU-Zeiten (> 4 Wochen) oder mehr als 5 AU-Fälle innerhalb der letzten 12 Monate
- derzeit besteht Arbeitsunfähigkeit
- ich gehe davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Monate andauern wird

Risikofaktoren/Gefährdung durch:

- Alkohol
- Drogen
- Medikamente
- Sonstiges:

Spezielle Maßnahmen erforderlich? (fakultativ):

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

Ich bitte um Rücksendung der medizinischen Unterlagen

Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

| | |
|---|-------------------|
| Arzt / Ärztin (Rechnungssteller) | Eingang ÄD |
|---|-------------------|

An den
 Ärztlichen Dienst der
 Agentur für Arbeit

| | |
|----------------------------------|--|
| ¹ Rechnungsnummer: | |
| Rechnungsdatum: | |
| Steuernummer/ Ust-Id-Nr.: | |
| ¹ Liquidations-ID ÄD: | |

Liquidation

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

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

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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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