

Kurzinformation für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt zum Antrag auf onkologische Nachsorgeleistungen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf onkologische Nachsorgeleistungen zu stellen. Deshalb erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Wir wollen Sie damit als behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt in den Entscheidungsprozess und Gestaltungsprozess einbeziehen. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Leistungen zur onkologischen Nachsorge können nur dann nachhaltig wirksam sein, wenn sie in ein langfristiges Konzept eingebunden sind, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt erfolgen und wenn sie unterstützt werden durch die nachfolgende Therapie. Die Leistungen sind bestimmt für Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, für Patienten mit malignen Erkrankungen und für Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung Ihrer Patientin / Ihres Patienten ausgerichtet. Die Rehabilitationseinrichtung erhält eine Kopie Ihres Befundberichtes, so dass Ihre Anregungen in den Rehabilitationsprozess eingehen. Sie erhalten direkt von der Rehabilitationseinrichtung den Entlassungsbericht, sofern Ihre Patientin / Ihr Patient einverstanden ist.

Befundbericht

Ihr Befundbericht ist eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über den Antrag auf onkologische Leistungen und wird von einem Arzt bewertet. Es ist wichtig, dass **Sie** dem Rentenversicherungsträger alle Informationen geben und den Befundbericht in allen Punkten **vollständig** und gut lesbar ausfüllen. Uns ist Ihre Darstellung der jetzigen Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Beruf und anderer sozialer Belastungsfaktoren besonders wichtig.

Um prüfen zu können, ob onkologische Nachsorgeleistungen erforderlich sind, benötigen wir unter anderem Angaben zu **Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen**, zum **allgemeinen Gesundheitszustand** und zu den vorliegenden **Funktionseinschränkungen**.

- Der Formularsatz ist in Maschinenschrift oder gut lesbarer Druckschrift vollständig auszufüllen. Für Ihre Honorarabrechnung ist das Formular G600 vorgesehen.
- Bei PC-gestützter Erstellung des Befundberichtes sind der Befundbericht **in zweifacher Ausfertigung** sowie die Honorarabrechnung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz auf dem Postwege zuzusenden. Das entbindet Sie allerdings nicht von der Verpflichtung, das Gutachten in geeigneter Weise zu dokumentieren.

Anregungen

Ihre Hinweise und Anregungen zu inhaltlichen Schwerpunkten der Nachsorgeleistung sind uns wichtig. Wir werden sie berücksichtigen, soweit dies möglich ist.

Vorhandene Befunde und Berichte

Der Befundbericht soll aufgrund der vorhandenen Dokumentation erstellt werden. Bitte übersenden Sie uns auch aktuelle Krankenhausberichte oder Facharztberichte und Befunde - nicht älter als 1 Jahr -, damit schnell entschieden werden kann. Sofern Ihre Patientin / Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen. Wir senden Ihnen auf Wunsch die Unterlagen umgehend zurück.

Bemerkungen

Hier können Sie weitere wichtige Informationen für den beratenden Arzt der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und den weiterbehandelnden Arzt in der Rehabilitationseinrichtung hinzufügen.

Honorar

Für den **vollständigen** ärztlichen Bericht zahlen wird als Honorar **28,20 EUR** inklusive Porto, Kopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (Formular G600). Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf onkologische Nachsorgeleistungen (zum Beispiel für zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn Sie Ihren Befundbericht mit der Honorarabrechnung sowie dem ausgefüllten Rehabilitationsantrag und der dazugehörigen Anlage die Patientin / der Patient **zusammen an die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz senden**, kann der Antrag Ihrer Patientin / Ihres Patienten zügig bearbeitet werden.

Die Honorierung des Befundberichtes ist nur möglich, wenn Ihre Patientin / Ihr Patient tatsächlich einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellt. Insofern ist die Honorierung Ihres Gutachtens erst möglich, wenn auch der Antrag bei uns eingegangen ist.

Sollte ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht möglich sein, bitten wir Sie das Formular nicht auszufüllen. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz selbst medizinisch ermitteln.

Formulare im Internet

Befundbericht und die Honorarabrechnung stehen jetzt auch als **ausfüllbare Formulare** im Internet zur Verfügung. ([www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de/Services/Formulare & Anträge/Ärzte/Rehaverfahren](http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de/Services/Formulare%20Antraege/Arzte/Rehaverfahren))

Adresse

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Eichendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Ausfertigung der Seiten 2 bis 4 für
 - die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (2-fach)
 - die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Ärztlicher Befundbericht für onkologische Nachsorgeleistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz überweist Ihnen unmittelbar für den vollständig ausgefüllten Befundbericht einen Betrag von 28,20 EUR einschließlich Schreibgebühr und Porto.

Patientin / Patient (Name, Vorname)		VSNR	Geburtsdatum	
Postleitzahl	Wohnort	Straße, Hausnummer		
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Ehegatten / gleichgeschlechtlichen Lebenspartners				

Wir bitten, die nachfolgenden Fragen ausführlich und vollständig zu beantworten, da sonst eine Entscheidung über den Antrag auf onkologische Nachsorgeleistungen nicht möglich ist und der Bericht dann zur Vervollständigung an Sie zurückgegeben werden muss.

1	Diagnose der malignen Erkrankung			
1.1	Histomorphologischer Befund, Malignitätsgrad (grading)			
1.2	Tumorausbreitung: TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung (staging)			
2	Seit wann ist die Krankheit bekannt? (Monat, Jahr der Diagnose)	_____		
	Besteht Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	_____
3	Krankenhausaufenthalte wegen der malignen Erkrankung (mit Anschriften)			
	von - bis	Krankenhaus		
4	Primärbehandlung			
4.1	Operationen?	Datum	Art des operativen Eingriffs	Radikal-OP Palliativ-OP
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.2	Bestrahlungen?	vom - bis		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

4.3	Chemotherapie?	vom - bis
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.4	Ende der Primärbehandlung	Monat, Jahr
	(OP, Chemotherapie oder Strahlentherapie)	
	Vollremission? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	Teilremission? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
5	Primärbehandlung voraussichtlich beendet am	
6	Progression, Rezidiv oder Metastasen nachweisbar	Seit wann?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gegebenenfalls Art und Lokalisation	
	festgestellt am	von
7	Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	
8	Aktuelle Beschwerden, Lokalbefund und Funktionseinschränkungen	
	Letzte fachärztliche Untersuchung am:	
9	Derzeitige Medikation:	
10	Allgemeinzustand mit Angabe gravierender pathologischer Befunde	
	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> reduziert	
	Gewicht: <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Größe: <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
	RR:	mm Hg Puls:
11	Welche Rehabilitationsziele bestehen aus Ihrer Sicht?	

12	Wurden bereits ganztägig ambulante / stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo?	vom - bis
13	Ist der Patient über die Bösartigkeit des Leidens aufgeklärt?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
14	Ist der Patient belastbar für eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15	Besteht Selbstständigkeit im Bereich der alltagsrelevanten Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16	Besteht spezieller Hilfsbedarf und Unterstützungsbedarf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher
17	Ist der Patient allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisefähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
18	Ist eine Begleitperson für die Anreise erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Wenn ja, medizinische Begründung:	
19	Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:	<input type="checkbox"/>
20	Bemerkungen	

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Leistungsabteilung
Bereich Rehabilitation
67340 Speyer

Zutreffende Telefaxnummer

Geburtstag Versicherte / Versicherter	Telefaxnummer
01. - 10. eines Monats	06232 17-122716
11. - 20. eines Monats	06232 17-122161
21. - 30. eines Monats	06232 17-122750
00. und 31. eines Monats	06232 17-121913

Per Telefaxnummer 06232 17-_____ Seitenanzahl: _____

VSNR _____

ATAD _____