

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 _____

Relevante Diagnose(n) in Bezug auf die im Anschreiben genannte Fragestellung (Spezieller Bedarf im Rahmen der Wohnungsfürsorge nach § 22 SGB II):

Aktuelle Beschwerden:

Sofern zutreffend – je nach Fragestellung im Anschreiben:

Liegen aus ärztlicher Sicht Gründe vor, weshalb der Verbleib in der bisherigen Wohnung zwingend erforderlich ist (z.B. Könnte durch einen Umzug die Erkrankung deutlich verschlechtert werden? Ist der Wechsel in eine andere Wohnumgebung gesundheitlich nicht zumutbar?)?

Sofern zutreffend – je nach Fragestellung im Anschreiben:

Liegen aus ärztlicher Sicht Gründe vor, weshalb ein Umzug in eine andere Wohnung notwendig ist?

Sofern zutreffend – je nach Fragestellung im Anschreiben:

Liegen aus ärztlicher Sicht Gründe vor, dass die Wohnung bestimmte Anforderungen (z.B. Barrierefreiheit, Vorhandensein eines Aufzugs; nur EG möglich, etc.) erfüllen muss?

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

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.