

- 1 -  
**BEFUNDBERICHT FÜR DEN ÄRZTLICHEN DIENST DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT**  
gem. Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer vom 01.01.2015

---

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer:

BGL-Nummer:

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 oder im Original bei. Originale werden umgehend zurückgesandt.**

- Medizinische Unterlagen liegen bei
- Ich bitte um Rücksendung der medizinischen Unterlagen

- Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

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

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

<b>Arzt / Ärztin (Stempel)</b>
--------------------------------

An den  
Ärztlichen Dienst der  
Agentur für Arbeit

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer:

BGL-Nummer:

### Liquidation

gem. Vereinbarung zwischen Bundesagentur für Arbeit und Bundesärztekammer vom 01.01.2015

ggf. USt.-Id-Nr. oder St. Nr: \_\_\_\_\_

Re. Nr: \_\_\_\_\_

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 innerhalb von 10 Werktagen:	<b>32,50 €</b>	=	_____ €
Portokosten:		=	_____ €
<b>Gesamtsumme:</b>		=	_____ €

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber/-in:
IBAN:
BIC:
Bank/Sparkasse:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes