


Bundesagentur für Arbeit
Ärztlicher Dienst

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht:
Mein Zeichen: / BGL:

(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name:
Durchwahl:
E-Mail:
Datum:

BA-Service-Haus, Regensburger Straße 104 - 106, 90478 Nürnberg

Betr.: , , * , wohnhaft ,

**Anforderung vorliegender Befunde; optional Erstellung eines Befundberichtes
(gem. Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer vom 01.01.2015)**

Sehr geehrter Herr Kollege / sehr geehrte Frau Kollegin,

Ziel unserer Anfrage ist eine bessere Beratung und schnellere Vermittlung oder Wiedereingliederung Ihrer Patientin/Ihres Patienten in den Arbeitsprozess. Dazu benötigt der Ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit Ihre Unterstützung.

Wenn aussagekräftige und aktuelle medizinische Berichte vorliegen, lassen sich unnötige und belastende Mehrfachuntersuchungen vermeiden und die Entscheidung über eine geeignete Beschäftigung Ihrer Patientin/Ihres Patienten beschleunigen. Gemäß der Vereinbarung zwischen Bundesagentur für Arbeit und Bundesärztekammer bitten wir Sie deshalb um **Kopien aller relevanten medizinischen Unterlagen (z. B. Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Laborausdrucke, sonstige Befundberichte u. ä.)**. Originalunterlagen reichen Sie bitte nur dann ein, wenn Ihnen die Anfertigung von Kopien nicht möglich sein sollte. Sämtliche Originale senden wir umgehend an Sie zurück. Eine Erklärung Ihrer Patientin/Ihres Patienten über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht legen wir bei. Für die Überlassung der Befundunterlagen in Kopie erhalten Sie einen Aufwendersersatz von 0,50 Euro pro Seite für die ersten 50 Seiten und von 0,15 Euro für jede weitere Seite.

GS 4 ÄD – 1900.21_Befundbericht_BÄK_15.01

Postanschrift

BA-Service-Haus
Regensburger Straße 104 - 106
90478 Nürnberg

Bankverbindung

BA-Service-Haus
Bundesbank
BIC: MARKDEF1760
IBAN: DE5076000000076001617

Öffnungszeiten

Mo - Do
8.00 - 17.00
Fr
8.00 - 15.00
oder nach Vereinbarung

Sie erreichen uns:

Haltestelle Scharrerstraße
Straßenbahnlinie 6
Haltestelle Meistersingerhalle
Straßenbahnlinie 9
Buslinie 36 55

Besucheradresse

Regensburger Straße 104 - 106
Nürnberg

Internet: www.arbeitsagentur.de

Soweit es aus Ihrer Sicht zur Beschreibung der aktuellen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erforderlich ist, bitten wir Sie – über die Übermittlung der Befundunterlagen hinaus – den beigefügten, **mit der Bundesärztekammer vereinbarten Befundbericht vollständig auszufüllen** und ihn innerhalb von 10 Werktagen dem Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit zur Verfügung zu stellen. Sie erhalten dafür einen Entschädigungssatz in Anlehnung an das JVEG (Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz) in Höhe von 32,50 Euro. Portokosten sind zusätzlich vergütungsfähig. Legen Sie Ihre Liquidation (entsprechend der Anlage) bitte den Befundunterlagen und/oder dem Befundbericht bei. Der Befundbericht und die Liquidation können auch unter <http://www.arbeitsagentur.de> → *Institutionen* → *Ärzte* → *Downloads* aufgerufen bzw. heruntergeladen werden.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass nur bei zeitnaher Erledigung – innerhalb von 10 Werktagen – die Vergütung für den Befundbericht gezahlt werden kann. Falls dieses Zeitziel nicht erreicht wird, erstatten wir nur den Aufwendungsersatz für die Befundunterlagen.

Wir hoffen auf eine gute Zusammenarbeit und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

()

Anlagen (Vordruck Befundbericht, Liquidation)

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

Arzt / Ärztin (Stempel)

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: _____

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

Re. Nr: _____

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 innerhalb von 10 Werktagen:	32,50 €	=	_____ €
Portokosten:		=	_____ €
Gesamtsumme:		=	_____ €

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto (Zahlungsziel sofort):

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

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes