

Freude mit Formularen

Herzlich Willkommen
zu Modul 5

Themen:

Versicherungsanfragen, DRV, Amt
f. Jugend & Soziales



Praxis für Familienmedizin Bernau



Institut für
Hausärztliche
Fortbildung



INITIATIVE
UNBESTECHLICHER
ÄRZTINNEN UND
ÄRZTE



äkn ärztekammer
niedersachsen



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband
Niedersachsen



Versicherungen

- ❖ Unfallversicherungen
- ❖ Lebensversicherungen
- ❖ Reiserücktrittsversicherungen
- ❖ Krankengeldversicherungen
- ❖

Wichtige Basics & GOÄ

- ❖ Das ärztliche Attest/Gutachten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kostenpflichtig nach GOÄ (mind. 1-facher Gebührensatz).
- ❖ Eine kostenfreie Erstellung eines Attestes/Gutachtens, würde gegen das Wettbewerbsgesetz §4 Abs. 11 & die Berufsordnung §12 verstoßen.
- ❖ GOÄ: 70 = AU, 75 = Begleitbrief, 80 = hausärztliche Gutachten, 85, 95
- ❖ Behörden 1-facher Satz

HDI

Nur zur Verrechnung

(Bezogenes Kreditinstitut)

Dortmunder Volksbank e.G.

Dortmund

SIGNAL

Zahlen Sie gegen diesen Scheck

DE

Null	Null	Null	Null	Sieben
Hundert-tausender	Zehn-tausender	Tausender	Hunderter	Zehner

EUR

Betrag: EURO, Cent

*****75,00

oder Überbringer

061300001

DORTMUND 16.05.2013

Ort Datum

SIGNAL IDUNA Gruppe



Unterschrift des Ausstellers
Der vorgedruckte Schecktext darf nicht geändert oder gestrichen werden. Die Angabe einer Zahlungsfrist auf dem Scheck gilt als nicht geschrieben.

Bitte reichen Sie Verrechnungsführenden Instanz (Post) ein. Wenn Sie den Scheck an den Absender zurückgeben wollen oder Ihre Zustimmung steht, so fügen Sie den Scheck mit einer Kopie an den Absender dann das Erfordernis.

Mit der Auszahlung der Schecksumme (siehe Rückseite des Schecks) sind die Gebühren für die Verrechnung (siehe Schecktext) zu begleichen (siehe Schecktext).

2476//0000039/16//22769-05.13/0,58EUR

Herrn 1
Arnim Schumacher
Hospitalstr. 3
28790 Schwanewede

Scheck-Nr.	X	Konto-Nr.	X	Betrag	X	Bankleitzahl	X	Text
------------	---	-----------	---	--------	---	--------------	---	------

1620001435295J 2501169715H 00000007500Y 44160014J 01H

Bitte dieses Feld nicht beschriften und nicht bestempeln

Schadensnummer:
55265837, AH13, 1

Arztbericht für Frau Y

Absender
SIGNAL IDUNA Gruppe
44121 Dortmund

Ausgefertigt am 16.05.2013

Unsere Zeichen
Herr Lichottka
Telefon: 0231/1
Telefax: +492:
Joseph-Schere

Sehr geehrter Herr Schumacher,

wir beziehen uns auf den gemeldeten Schadenfall.

Die Zahlung erfolgt zum Ausgleich der Gebühren für die Erstellung des Arztberichts für Frau Y

Bitte übersenden Sie uns den Arztbericht für Frau Y

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

SIGNAL IDUNA Allgemeine Vers. AG

F a x

An Herrn
Dr. Med. G. Bernau
Querstr. 1A
27729 Hambergen

Ansprechpartner/in

Abt. Kraftfahrt Schaden

Ihr Zeichen Ihr Patient

Schaden-Nummer

Datum 06.03.2013

Niederlassung Hamburg
Überseering 10a, 22297
Hamburg
Tel. (040) 3 61 50-263
Fax (040) 3 61 50-306
grp.hh-sk@hdi.de

Es schreibt Ihnen: Herr Ö

Telefax: 04793 95065

Anzahl Seiten: 1

Kraftfahrzeughaftpflichtschaden vom 23.01.2013; unser Versicherungsnehmer:
Versichertes Fahrzeug:

Sehr geehrter Herr Dr. Med. Bernau!

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für einen Arztbericht zum Verletzungsumfang des Patienten Höhe von 120 EUR.

Mit freundlichen Grüßen

HDI Versicherung AG
Kraftfahrt Schaden

Diese Mitteilung wurde elektronisch erstellt und enthält deshalb keine Unterschrift, wofür wir um Verständnis bitten.

HDI Versicherung AG
www.hdi.de

Handelsregister Sitz Hannover
HR Hannover B 58934
USt-ID-Nr. DE 813596664
NordLB (BLZ 250 500 00) Nr. 101 482 125
Postbank (BLZ 250 100 30) Nr. 58 74-301

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Herbert K. Haas
Vorstand: Dr. Heinz-Peter Roß (Vorsitzender),
Markus Drews, Gerhard Frieg, Ina Klunk,
Barbara Riebeling, Ulrich Rosenbaum,
Jörn Stapelfeld



Maßstäbe / neu definiert

HS2E2K 103 7226933

AXA
Lebensversicherung AG

Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln
Zentralfax: (0221) 148-22750
Postanschrift: 51172 Köln

Herrn
Dr.med. Armin Schumacher
Hospitalstr. 3
28790 Schwanewede

Abteilung:	Mitarbeiter(in):	Telefon:	Datum:
VFS-L2	Frau D	0221 148-32404	13.08.2015

Berufsunfähigkeitsversicherung:
Versicherte Person:
Geburtsdatum:

Sehr geehrter Herr Dr. Schumacher,

die Versicherte befindet/befand sich bei Ihnen in Behandlung.

Im Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruchs bitten wir Sie um Auskunft anhand ihrer Unterlagen. Bitte geben Sie uns das beigegefügte Formular beantwortet zurück. Das Honorar wird nach Eingang sofort überwiesen.

Darüber hinaus bitten wir insbesondere um kurzfristige Überlassung aller Befunde und Berichte. Unverzögliche Rückgabe wird garantiert.

Bitte berücksichtigen Sie die aktuelle und auch sämtliche länger zurückliegenden Erkrankungen, auch wenn es sich um Bagatellerkrankungen handelt.

Die Versicherte hat Sie nach der beiliegenden Kopie von der Schweigepflicht entbunden.

Im Interesse einer schnellen Abwicklung des Versicherungsfalles wären wir Ihnen für eine baldige Stellungnahme dankbar.

Ist uns Ihr Bericht innerhalb von zwei Wochen ab Eingang bei Ihnen zugegangen und wurde vollständig beantwortet, zahlen wir Ihnen ein Honorar in Höhe von 60 EUR. Nach Ablauf dieses Zeitraumes erfolgt die Abrechnung nach Ziffer 80 2,3-fach GOÄ.

Ärztlicher B

Verletzte Per

16.317.

23.12.2016

Seite 3 von 3

Beruf (ggf. b
Geburtsdatu
Unfalltag: 15

11. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?

1. Tag und

2.1 Angaben

12. Besondere Bemerkungen:

2.2 War der

2.3 Wurde e

Gebühr 25 EUR

3.1 Welcher

Geldinstitut

3.2 Konten

BIC

3.3 Lag zum

IBAN

Kontoinhaber

4. Welche

5. Wie laut

Ort, Datum

6.1 Fand ein

Stempel und Unterschrift des Arztes

ÖVB Versicherungen · 28163 B
Dr. Bernau
Querstr. 1 a
27729 Hamberge

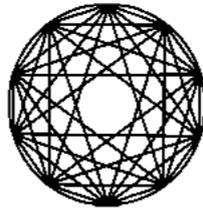
Kfz-Haftpflichtsch
Schaden-Nr.: 16
Verletzte Person:

Sehr geehrte Dar
Sie haben die ver
rer befassen. Bitte

Eventuell vorhand
Die verletzte Pers
Erklärung direkt z

Ihr Einverständnis
tragen weiter.
Mit freundlichen G

ÖVB Versicherun
Landschaftliche B



Praxis für Familienmedizin

Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau
Fachärzte für Allgemeinmedizin • Anästhesiologie •
Rechtungsmedizin • Chirotherapie

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover
Zertifizierte Praxis durch die Stiftung Praxissiegel e. V.



Querstraße 1a, 27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 93 10 65
E-mail: info@praxis-bernaue.de
www.doc-bernaue.de

Praxis für Familienmedizin, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

6. November 2019

Betreff: **Herrn Ingo Info,**
geb. am 29.08.2011, aus 27729 Hambergen, Querstrasse 1a.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Anfrage bezüglich o.g. Pat. erst nach Erhalt einer Kostenzusage über 80 Euro (a80 mit Faktor 4,574 §2 Abs. 2 GOÄ)
über 100 Euro (a80 mit Faktor 5,717 §2 Abs. 2 GOÄ)
über 120 Euro (a80 mit Faktor 6,861 §2 Abs. 2 GOÄ)
über 150 Euro (a80 mit Faktor 8,576 §2 Abs. 2 GOÄ)

bearbeiten können. Bitte vermerken Sie bei Rücksendung der Zusage den zu bearbeitenden Fall. [siehe BGH Urteil vom 12.11.2009 (AZ III ZR 110/09)]. Alternativ kann natürlich der fertige Bericht der GOÄ entsprechend gegen Barzahlung (§12 Abs. 1) in der Praxis abgeholt werden. Nach Eingang der Kostenzusage können Sie innerhalb etwa einer Woche mit dem Erhalt des Gutachtens rechnen.

Bitte beachten Sie, dass nur dieses Verfahren bei uns zur Anwendung kommt, da nur so der bürokratische Aufwand minimiert und damit Kosten eingespart werden können.

Nach einer schriftlichen Kostenzusage können Sie den Betrag auch auf das untenstehende Konto überweisen.

Jede weitere Nachfrage führt wegen des bürokratischen Aufwandes zu einer Kostenerhöhung um mindestens 10 Euro je nach Bearbeitungsumfang (Normalerweise: a1 Steigerungsfaktor 2,146).

Wenn wir binnen 10 Tagen keine Antwort durch Sie erhalten, werden wir Ihre Anfrage zu unserer Entlastung vernichten.

Mit freundlichen Grüßen

Ruben Bernau

Dr. med. Iris Bernau

Hinweis: Das ärztliche Attest/Gutachten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kostenpflichtig nach GOÄ.

Eine kostenfreie Erstellung eines Attestes/Gutachtens dieser Art würde gegen das Wettbewerbsgesetz §4 Abs. 11 & die Berufsordnung §12 verstoßen

Anschrift:
Praxis für Familienmedizin
Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE41 3006 0601 0008 4754 74
BIC: DAAEDEDXXX

Internet: www.doc-bernaue.de

Schweigepflicht-

Schweigepflichtentbindung Vers. 1.0

Hiermit entbinde ich:

\$5016\$ \$1050\$, geb. am \$1077\$
(Name des Patienten/ der Patientin)

\$1051\$
(Anschrift des Patienten/ der Patientin)

\$1052\$

die Ärzte:

Arnim Schumacher & Timo Schumacher
(Name des Arztes/ der Ärztin)

Praxis Schumacher
(Name/ Adresse der Praxis)

Hospitalstr. 3, EG

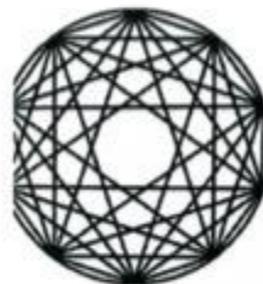
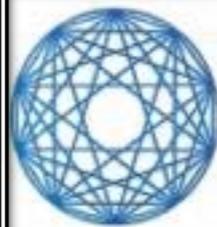
28790 Schwanewede

von der ärztlichen Schweigepflicht ohne Einschränkungen gegenüber

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der/den o.g. Person/en o. Einrichtung/en zur Verfügung gestellt werden.

Schwanewede, den \$4001\$
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters bzw. Unterschrift des Betreuers)



Praxis für Familienmedizin

Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau

Fachärzte für Allgemeinmedizin • Anästhesiologie •

Rechtungsmedizin • Chirotherapie

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover

Zertifizierte Praxis durch die Stiftung Praxissiegel e. V.

Praxis f. Familienmedizin Bernau • Querstr. 1a • 27729 Hambergen

Herr
C

27729

Querstr. 1a
27729 Hambergen
Tel.: 04793-93100 / Fax: 04793-931065
E-Mail: info@praxis-bernau.de
www.doc-bernau.de

Ärzte- und Apotheker Bank Hannover
IBAN: DE41 3006 0601 0008 4754 74
BIC: DAAEDEDXXX

Datum: 19. Januar 2024

Rechnungs-Nr.: 5007

Patient: *17.07.

Diagnosen: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Z76.9)

Für die in unserer Praxis durchgeführte Behandlung stellen wir Ihnen nach der Gebührenordnung für Ärzte folgende Leistungen in Rechnung:

Datum	Ziffer	Leistung / Begründung	Anzahl	Faktor	Betrag
19.01.24	75	Befundbericht, ausführlich	1	10,5578	80,00 €

Gesamtbetrag: 80,00 €

Bitte begleichen Sie den Betrag bis zum 16.02.24.

Pers

Nam

Geb

Ber

Unf

Uhr

Unfa
ereig

Erst
befu

Leis
ung
fähig

Praxis
HUK-4
Willi-H
96442

Praxis

Thera
04.05.
09.01.
AU.

Dauer
keine

Mit fre

Herr
27729

Schad

Dau
folg

Sehr g
wir bes

Vor
kra

Anamn
04.05.
07.02.
06.02.
23.01.
20.01.
20.01.
16.01.
13.01.
13.01.
wieder
09.01.
Fahrer
Übersc
Beoba
ob er s
und Sch
grübel
09.01.
nun tu

Diag

Kra
haus
entf

Ko
trik

Beh
lung

Ko
trik

Mit
tun

Ge

Ko

IB

Heil
verf
und
letz
Beh

He
Or

Befund
09.01.
Sprach
Fußsol

Ansch
Praxis
Dr. med
Querstr

Interne

Ansch
Praxis f
Dr. med
Querstr



Antrag DRV

- ❖ Bewerben sie aktiv Rehabilitationen?
- ❖ Wie ist der strukturierte Ablauf in Ihrer Praxis?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Selbsteinschätzungsbogen

G115

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

als Ärzteteam Ihres Rentenversicherungsträgers haben wir im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrags die Aufgabe, uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen zu machen. Es ist uns daher wichtig, dass Sie bereits zu Beginn des Verfahrens eine Gelegenheit finden, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Wir würden uns darüber freuen, wenn Sie uns einige Fragen beantworten, die uns einen Eindruck geben, wie sich Ihre Gesundheitsstörungen oder Beschwerden in Ihrem Alltag und in Ihrem Berufsleben auswirken. **Diese Angaben sind freiwillig. Wenn Sie Fragen nicht beantworten wollen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.**

Sofern der Raum für die Beantwortung einer Frage nicht ausreicht, bitte ein zusätzliches Blatt verwenden.

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

2 Wünschen Sie Unterstützung bei:

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Alkoholproblem
<input type="checkbox"/> Gewichtsproblem
<input type="checkbox"/> Nikotinproblem
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

3 Glauben Sie, dass sich Ihr Gesundheitszustand bessern wird, so dass Sie weiter oder wieder beruflich tätig sein können? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Seite 1 von 2

G0115 PDF
V001 - 24.06.2013 - 1

4 Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet? (zum Beispiel Pflege oder Krankheit von Angehörigen, Belastungen in Partnerschaft oder Familie)

5 Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben. (zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden) Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?

6 Gab es in den letzten 2 Jahren Tage, an denen Sie sich arbeitsunfähig gefühlt haben und Sie trotzdem arbeiten gegangen sind?

nein ja

Wenn ja, bitte erläutern:

7 Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:

Wie schätzen Sie im Großen und Ganzen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> durchschnittlich	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> sehr schlecht
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--	--

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.
Das Ärzteteam Ihrer Deutschen Rentenversicherung

Ort, Datum

Unterschrift

Seite 2 von 2

G0115 PDF
V001 - 24.06.2013 - 1

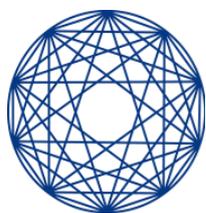
Textverarbeitung nutzen!

- * Was sind Makro's?

- * \$dia#

- * \$bef#

- * \$scan#



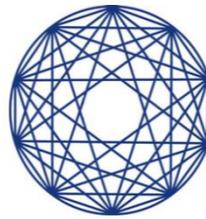
Praxis für Familienmedizin

Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau

Fachärzte für Allgemeinmedizin • Anästhesiologie •
Rechtungsmedizin • Chirotherapie

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover
Zertifizierte Praxis durch die Stiftung Praxissiegel e. V.

Sti
Praxis:



Praxis für Familienmedizin

Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau

Fachärzte für Allgemeinmedizin • Anästhesiologie •
Rechtungsmedizin • Chirotherapie

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover
Zertifizierte Praxis durch die Stiftung Praxissiegel e. V.



Querstraße 1a, 27729 H:
Telefon 04793 – 93
Fax 04793 – 93
E-mail: info@praxis-bei
www.doc-bernau.de

Praxis für Familienmedizin, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Querstraße 1a, 27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 93 10 65
E-mail: info@praxis-bernau.de
www.doc-bernau.de

Praxis für Familienmedizin, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherur

Hambergen, den 11

Frau Test Testperson, geb. am 16.03.1933
27729 Hambergen, Querstr.1a

Versicherungsnummer:

Sehr geehrte/r Kollege/in,
wir berichten über o.g. Patienten/in, der/die sich in unserer hausärztlichen Versorgung befindet.

Antragsrelevante Diagnosen:

Dauerdiagnosen:

Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Haut (D48.5)
Knie-TEP (Z96.88)
Hüft TEP
Überweisung an Facharzt (Z04.8)
Arterielle Hypertonie (I10.90)
Skoliose, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisation (M41.99)
Tiefliegende Thrombose des Unterschenkels, re., V.a. (I80.28)
Diabetes mellitus Typ 2 (E11.90)
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter mit einem Body-M [BMI] von 40 bis unter 50 (E66.06)
Gicht (E79.0)
Akute Zystitis (N30.0)
Akute Rhinopharyngitis (J00)

Jetztige Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

Anamnese: 04.07.2023: Vidierliste Testen
24.05.2023: gehts gut
05.05.2023
03.04.2023: Aktuell: keine Beschwerden;
03.04.2023: Aktuell: ;
01.02.2023
01.02.2023: Wann hier Labor/EKG:heute;
Was wird operiert?: Grauer Star
OP-Datum:
Wo?:
Selbstabholung:ja
Fax-Nr.:
31.01.2023: Pat. wurde über die Handhabung der e-AU aufgeklärt. wünscht Pat. eine Kopie der AU? Ja
09.11.2022: S. Triage-Bogen
05.10.2022: S. Triage-Bogen
05.10.2022: S. Triage-Bogen
05.10.2022: S. Triage-Bogen

Anschrift:

Praxis für Familienmedizin
Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Internet: www.doc-bernau.de

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE41 3006 0601 0008 4754 74
BIC: DAAEDEDXXX

Befunde:

26.05.2023: NNH infekt
24.05.2023: Familienanamnese: positiv; Hauttyp: Typ1, kältischer Typ; Naevi: wenige, unauffällig; Besonderheiten:nein; Cor: unauffällig; Carotis: o.B.Pulmo: unauffällig; Brustkorb: o.B. Abdomen: unauffällig; Fusspulse: o.B. Schilddrüse: unauffällig; Augen+Ohren: unauffällig Extremitäten/Bewegungsapparat: unauffällig Schallbedingungen: gut; Leber: Parenchym, Lebervenen, intra- und extrahepatische Gallenwege unauff., normalgroß; Gallenblase: unauffällig; Pankreas: soweit einsehbar Kopf-und Korpus unauffällig, Ductus normalweit; Milz: Parenchym unauffällig, Organgröße regelrecht; Nieren: unauffl.; Aorta: normalweit, keine Sklerose; VCI: nicht untersucht; Harnblase: Unauffällige Wandung, keine vermehrte Resthammenge; Prostata: unauffällig; Darm: nicht untersuchtFragestellung/Indikation:
03.04.2023: Stuhlgang: unauffällig; Miktion: unauffl.; Genitale: unauffl.; Leisten: unauffl.; B-Symptome: NeinDRU: Patient lehnt ab
03.04.2023
09.11.2022: AZ gut

Therapie: 03.04.2023

06.02.2023: Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen
09.11.2022: Abstrich entnommen, über Selbstisolation aufgeklärt, Meldung an GA, symptomatische Therapie, RS bei Verschlechterung oder Persistenz

Behinderung:

Risikofaktoren:

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren:

drohende Erwerbsunfähigkeit bzw. Arbeitsplatzverlust

Arbeitsunfähigkeitszeiten, s. Beleg der Krankenkasse

Bisherige Therapien:

alle ambulanten Therapien wurden ausgeschöpft.

Teilnahme am DMP:

Laborwerte:

Dauermedikamente:

Allergie:

Bemerkung:

Mit freundlichen Grüßen,

Ruben Bernau

Dr. med. Iris Bernau

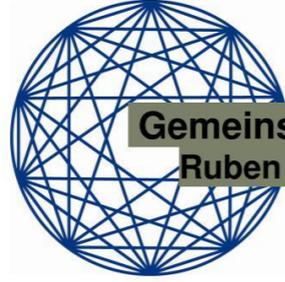
Anschrift:

Praxis für Familienmedizin
Dr. med. Iris Bernau und Ruben Bernau
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Internet: www.doc-bernau.de

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE41 3006 0601 0008 4754 74
BIC: DAAEDEDXXX



Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin

Ruben Bernau / Dr. med. Gerald Thesing

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover

Querstraße 1a
27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 95 0 65

bernau@telemed.de
www.doc-bernau.de

Gemeinschaftspraxis Bernau/ Dr. Thesing, Querstr. 1a, 27729 Hambergen
Anschrift:

\$Druckdatum#

**Widerspruch med. Rehabilitation
durch gesetzliche Rentenversicherung
nach dem Sechsten & Neunten Buch Sozialgesetzbuch**

Sehr geehrte/r Kollege/in nachfolgend berichten wir Ihnen über

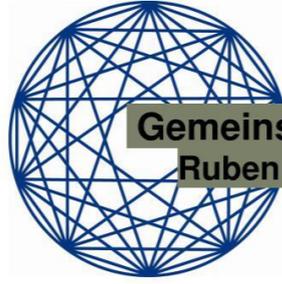
Betr.: \$Nachname#, \$Vorname# geboren am\$Gebdatum#
Wohnhaft in: \$Plz# \$Ort#, \$Straße#
Versicherungsnummer:

Begründung:

Ihre Ablehnung des Antrages auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation für die o. g. Patient\$in# kann ich aus hausärztlicher Sicht und umfassender Kenntnis des Patient\$in# nicht nachvollziehen.

Der Gesundheitszustand des/r Patient\$in# ist bereits deutlich gestört und droht sich weiter zu verschlechtern. Neben den Ihnen bekannten Diagnosen wie \$Dauerdiag# liegen weitere komplizierende Erkrankungen vor. Es liegt eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit manifester Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen vor.

Die Lage meines/r Patient\$in# ist angesichts der schweren Erschöpfung sowie der familiären und Alltagsbelastungen so verfahren, dass eben keine weiteren Mittel am Wohnort in Anspruch genommen werden können oder so weit sie für die/den Patient\$in# überhaupt in Anspruch genommen werden konnten, ausgeschöpft. Den Heilmittelrichtlinien wurden entsprochen.



Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin

Ruben Bernau / Dr. med. Gerald Thesing

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Hannover

Querstraße 1a

27729 Hambergen

Telefon 04793 – 93 10-0

Fax 04793 – 95 0 65

bernaub@telemed.de

www.doc-bernaub.de

Gemeinschaftspraxis Bernau/ Dr. Thesing, Querstr. 1a, 27729 Hambergen

Mich befremdet auch, dass Sie meinen, allein nach Aktenlage eine von meiner persönlichen Kenntnis abweichende Einschätzung treffen zu können. Eine Ablehnung der Maßnahme kann in diesem Fall meines Erachtens nicht ohne persönliche Untersuchung und Befragung erfolgen.

Wenn ein persönliches Telefonat zur Klärung des Sachverhalts zuträglich sein kann, bin ich jederzeit dazu bereit. Sie erreichen mich zu den üblichen Sprechzeiten unter oben angegebener Telefonnummer oder es wird ein Termin vereinbart.

Ich bitte Sie, mir eine Kopie des von Ihnen erstellten Gutachtens zukommen zu lassen.

Weiter würde ich Sie bitten, die Ablehnung der Betroffenen als Rechtsmittelfähigen Bescheid zu übermitteln.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ruben Bernau

Dr. med. Gerald Thesing

10,-€ dankend erhalten

Antrag Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Versorgungsamt)

* Pro:

- * Recht auf besonderen Kündigungsschutz (Arbeit und Wohnung); 5 Tage mehr Urlaubsanspruch; Rente mit 63; besondere Hilfsmittel; Transporte; Parken; Pflegestufe; Ermäßigung bei Rundfunkgebühren, ÖVM auch Begleitpersonen, Arbeitgeber erhält viele Vergünstigungen...

Contra:

Arbeit finden?

Nachteilsausgleich

20	50		60	80	90	100
Teilnahme am Behindertensport (§ 29 Abs. 1 SGB I)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Pflichtversicherung in der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten (SGB V u. SGB VI)	Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.420 € (§ 33b EStG)
30/40	Steuerfreibetrag: 570 € (§ 33b EStG)		Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Sozialtarif beim Telefon: Blind, gehörlos oder sprachbehindert + GdB 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat im Rahmen des Sozialtarifs. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 81, 122 SGB IX)	Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige (z.B. § 20 SchwbAV i.V.m. KfzHV)	70	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 68 Abs. 3 SGB IX)	Kündigungsschutz (§§ 85 ff SGB IX)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)			Steuerfreibetrag: 890 € (§ 33b EStG)	Preisnachlass von verschiedenen Mobilfunkbetreibern
Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33b EStG)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI: 1.200 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Wahlweise: Entfernungskostenpauschale: 0,30 €/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder Die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (statt Entfernungspauschale) können geltend gemacht werden. (§ 9 Abs. 2 EStG)	Abzugsbetrag für Privatfahrten: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 € (§ 33 EStG)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 124 SGB IX)	Ermäßigung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)				Abzugsbetrag für Privatfahrten, wenn gleichzeitig Merkzeichen „G“ eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 € (§ 33 EStG)
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX)	Wahlweise: Entfernungskostenpauschale: 0,30 €/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder Die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (statt Entfernungspauschale) können geltend gemacht werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen B anerkannt ist. (§ 9 Abs. 2 EStG)				
	Um bis zu 5 Jahre vorgezogene Altersrente (§§ 37, 236a SGB VI)					
	Vorgezogene Pensionierung von Beamten mit 60 bzw. 62 (§ 52 BBG)					
	Stundenermäßigung bei Lehrern: bundeslandabhängig					
Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, DTC (Satzungen der Clubs)						

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Verden, 31120 Hildesheim
29 4204 1806 F4 7000 B030
DV 06.23 0,85 Deutsche Post 

Herrn
Ruben Bernau
Praxis für Familienmedizin
Querstr. 1 A
27729 Hambergen

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)
36 1



EINGEGANGEN AM 16. JUNI 2023

Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie

Persönliche Beratungen finden in der Dienstatelle am Montag,
Mittwoch und Freitag von 9-12 Uhr statt. Telefonisch sind wir Mo.-Fr.
9-12 Uhr, Di. 13-15:30 Uhr sowie nach Vereinbarung erreichbar.

Bearbeitet von
Frau Br
E-Mail
Team7SR3@LS.Niedersachsen.de
Telefax
04231 : 1

Telefon-Durchwahl
04231 :

Verden
14.06.2023

für: Volker \ geb.: 7.2.;
Am 1 A
27711 Osterholz-Scharmbeck

Sehr geehrter Herr Bernau,
Ihr(e) Patient(in) hat hier wegen der auf **Blatt 2** aufgeführten Gesundheitsstörungen einen Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gestellt. Im Rahmen dieses Antrages ist eine Prüfung des Gesundheitszustandes erforderlich. Unter Hinweis auf § 152 Abs. 1 SGB IX i.V. mit § 12 Abs.2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (VfG-KOV) bitte ich Sie um einen Befundschein (ohne gutachtliche Äußerung) nach Abschnitt 2, Nr. 200 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG über die auf der Rückseite dieser Anforderung aufgeführten Gesundheitsstörungen der letzten **zwei Jahre**. Für eine Ergänzung des Befundscheines durch die Ihnen vorliegenden Facharzt- oder Krankenhausberichte, EKG usw. aus den **letzten zwei Jahren in Fotokopie, soweit diese nicht schon von Ihnen anlässlich einer früheren Befundanforderung eingereicht worden sind**, wäre ich dankbar. Sollten auf Blatt 2 und/oder 4 andere Zeiträume angegeben sein, sind die dort aufgeführten Zeiträume maßgebend. **Übersenden Sie bitte keine Originale, da alle eingehenden Unterlagen eingescannt und anschließend vernichtet werden.** Bitte fügen Sie auch keine Röntgenbilder bei.

Ihr(e) Patient(in) hat sich mit der Ausstellung eines Befundscheines und Überlassung der ihn/sie betreffenden Untersuchungsunterlagen einverstanden erklärt, und Sie insoweit von Ihrer Schweigepflicht entbunden. Diese Einverständniserklärung gilt auch für Befundunterlagen, die Ihnen von anderen Ärzten oder von Krankenhäusern und sonstigen Stellen überlassen worden sind. Verwenden Sie bitte für Ihre Antwort die vorbereitete Rückseite. Bei Befundscheinen in anderer Form bitte ich, mein **Geschäftszeichen** anzugeben.

Der Befundschein soll eine ärztliche Untersuchung nach Möglichkeit entbehrlich machen und die Entscheidung über den Antrag beschleunigen helfen. Im Interesse Ihres Patienten/Ihrer Patientin bitte ich um baldmögliche Übersendung eines derartigen Befundscheines.

Bitte benutzen Sie die vorbereitete Rechnung. Soweit Sie für sich eine *Durchschrift des Befundscheines* benötigen, verwenden sie bitte dafür die Rückseite dieses Anschreibens.

Bitte dieses Anschreiben nicht mit dem Befundschein zurück senden!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Br

*** Das Schreiben wird maschinell erstellt und daher nicht unterschrieben. ***

Befundschein von Herrn Ruben Bernau

Behandlungszeitraum:

über folgende Gesundheitsstörungen: >>> **Durchschrift** <<<<

1. Darmwandausstülpungen-Divertikulose
2. Funktionsstörungen in den Schultergelenken
3. Herzrhythmusstörungen
4. Leistenbruch beidseitig
5. Meralgia parästhetica rechtes Bein
6. Anriss Innenmeniskus rechts

Wie stellt sich das Gangbild dar? Durch welche Funktionsstörungen wird die behinderungsbedingte Einschränkung des Gehvermögens verursacht? Sind aus medizinischer Sicht Hilfsmittel erforderlich, ggf. welche?

>>> Fügen Sie bitte Klinik-, Kurabschluss- oder Reha- sowie Facharztberichte der letzten zwei Jahre -soweit jeweils vorhanden- Ihrer Antwort bei.

Übersenden Sie bitte nur Fotokopien und keine Originale, da alle hier eingehenden Unterlagen eingescannt und anschließend vernichtet werden.

Abs: Ruben Bernau
Querstr. 1 A, 27729 Hambergen



**Nds. Landesamt f. Soziales, Jugend u. Familie
Außenstelle Verden**

31120 Hildesheim

GZ: 36 8!
für: Volker \ t, geb.: 7.2.1
Am | e 1 A
27711 Osterholz-Scharmbeck

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie meinen Befundschein zu o.g. Geschäftszeichen.

Mit freundlichen Grüßen

Hinweise:

Für den Befundschein wird nach Abschnitt 2, Nr. 200 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) ein Honorar gewährt.

Dieses beträgt 25,-EUR.

Daneben werden die notwendigen Aufwendungen für Abschriften und Ablichtungen (die ersten 50 Seiten zu je 0,50 EUR, jede weitere Seite zu je 0,15 EUR) und die tatsächlichen Portokosten ersetzt (§ 7 Abs.1 und 2 JVEG).

Falls Sie sich auf die Übersendung von in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen beschränken, ohne dass Sie eine eigene Bewertung vornehmen, besteht kein Anspruch auf ein Honorar. Es erfolgt dann nur eine Auslagenerstattung.

Ein Befundschein liegt nicht vor, wenn

- der Ausdruck nicht dem erkennbaren Zweck der Anfrage dient (z.B. durch Nichtbeachtung der Fragestellung),
- die medizinisch-fachliche Sachkunde nicht durch eine Auswahl der Daten dokumentiert ist (z. B. objektiv gemessene Daten, wie Bewegungseinschränkungen, Stoffwechselstörungen, Blutdruckwerte, Auswertung eines EKG, Ergebnisse von Röntgenuntersuchungen, Beschreibung wesentlicher Funktionsstörungen bezogen auf die Fragestellung),
- es an einer entsprechenden Gliederung des Befundscheines fehlt und es an einer bewertenden Beschreibung der Befunde und Funktionsstörungen mangelt.

Ein nicht bearbeiteter PC-Ausdruck der Krankenkartei einer Patientin/eines Patienten ist kein Befundschein und wird nur als Zeugenaussage mit 1,34 EUR zuzüglich der Aufwendungen für Abschriften/Ablichtungen und tatsächlich entstandenem Porto entschädigt (§§19, 20, 7 Abs. 1 und 2 JVEG).

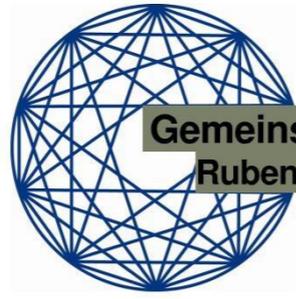
Soweit die Tätigkeit eines sachverständigen Zeugen nach § 10 Abs. 1 JVEG i.V.m. Anlage 2 Nr. 200 und Nr. 201 vergütet wird, liegt im Übrigen nicht steuerbarer Schadenersatz vor. Dies gilt auch für die notwendigen Aufwendungen für Abschriften und Ablichtungen sowie die tatsächlichen Portokosten nach § 7 Abs. 1 und 2 JVEG. Die Ihnen gezahlte Vergütung stellt somit keinen steuerbaren Umsatz i.S. des § 1 Abs. 1 Umsatzsteuergesetz (UStG) dar und unterliegt damit nicht der Umsatzsteuer.

Sollte für die nicht vollständige Beantwortung unserer Fragen eine Nachforderung erforderlich sein, werden lediglich die tatsächlich entstanden Portokosten sowie noch nicht eingesandte Kopien berechnet.

Hinweis für approbierte Psychotherapeuten:

Für Ihren Bericht werden Sie auf Antrag wie ein Arzt nach den vorstehenden Kriterien entschädigt.

Antrag



Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin

Ruben Bernau / Dr. Gerald Thesing

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule

Querstraße 1a
27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 95 0 65
www.doc-berna.de

Jugend

Gemeinschaftspraxis Bernau / Dr. Thesing, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

An das Niedersächsische Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Verden
Postfach 21 40

27281 Verden

Ärztlicher Befundschein für das Versorgungsamt

\$Druckdatum#

\$Anrede# \$Vorname# \$Nachname#, geb. am \$Gebdatum#,
\$Straße#, \$Plz# \$Ort#

GZ:

Sehr geehrter Kollege/in,

wir berichten über \$Anrede# \$Vorname# \$Nachname#, der sich in unserer hausärztlichen Versorgung befindet.

Tag der ersten Behandlung:

Tag der letzten Behandlung:\$BEHDAT#

Dauerdiagnosen:

\$dauerdiag#

Akutdiagnosen:

\$dia#

Anamnese:

\$anam#

Grad der Behinderung: nicht vorhanden Merkzeichen: aG

Anschrift:

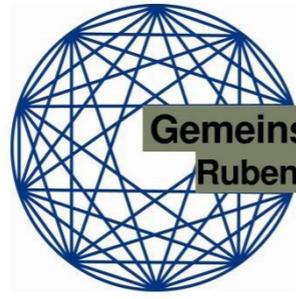
Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin
Bernau / Dr. med.Thesing
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Internet: www.doc-berna.de

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Konto: 000 8475 474
BLZ: 300 606 01

Antrag



Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin
Ruben Bernau / Dr. Gerald Thesing
Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule

Querstraße 1a
27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 95 0 65
www.doc-berna.de

ugend

Gemeinschaftspraxis Bernau / Dr. Thesing, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen
Es besteht keine Pflegestufe.

Befunde:

\$bef#
\$psy-d#
\$psy-t#

Verlauf:

\$ver#

BMI: \$BMI#, **Größe:** \$Größe# cm und **Gewicht:** \$Gewicht# kg

Labor:

\$Laborwerte#

EKG:

\$CD#

Langzeitblutdruckmessung:

\$mobil#

Lungenfunktion:

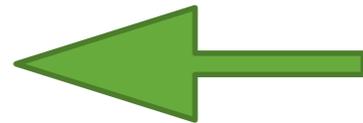
\$lufu#

Fußuntersuchung:

\$Fuß-U#

Archiv:

\$abild#
\$ascan#
\$acam#
\$pa-d#



Therapie:

\$ther#

Dauermedikation:

\$Dauermedi#

Verordnung:

\$medrp#

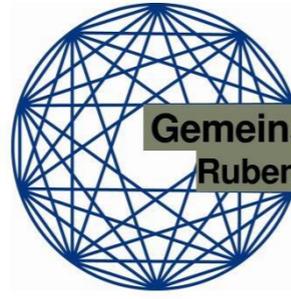
Allergien:

Anschrift:
Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin
Bernau / Dr. med.Thesing
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Internet: www.doc-berna.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Konto: 000 8475 474
BLZ: 300 606 01

Antr



Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin
Ruben Bernau / Dr. Gerald Thesing
Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule

Querstraße 1a
27729 Hambergen
Telefon 04793 – 93 10-0
Fax 04793 – 95 0 65
www.doc-bernaude.de

Jugend

Gemeinschaftspraxis Bernau / Dr. Thesing, Querstrasse 1a, 27729 Hambergen
\$Allergie#

Arbeit:
\$Arbei#

Bemerkungen:
\$bem#

Mit freundlichen Grüßen

Ruben Bernau

Dr. Gerald Thesing

Anschrift:
Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin
Bernau / Dr. med.Thesing
Querstrasse 1a, 27729 Hambergen

Internet: www.doc-bernaude.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Konto: 000 8475 474
BLZ: 300 606 01

Arzttag Leitfaden für Soziales, Jugend und Familie

9.1 Krankheiten des Herzens

9.1.1 Einschränkung der Herzleistung:

1. keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung

(keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7–8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung; bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln, Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen

0-10

2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung

(z. B. forsches Gehen [5–6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten); bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht

20-40

3. Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung

**Versorgung
Grundsätze**

STARTSEITE

3. Nervensystem und Psyche

7. Mundhöhle, Rachenraum
Luftwege

Wieder mit dem aktuellen

ht

gane



www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de

Antrag Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

* <http://www.jveg.de/>

* [www.versorgungsmedizinische
-grundsaeetze.de](http://www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de)