

BEFUNDBERICHT FÜR DEN ÄRZTLICHEN DIENST DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT<sup>1)</sup>

(gem. Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundespsychotherapeutenkammer vom 01.01.2014)

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:**

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 alle für den Ärztlichen Dienst relevanten, vorliegenden psychotherapeutischen und ärztlichen Unterlagen (sonstiger Befundbericht, Gutachten, Hinweise zur AU u. ä.) als Kopie oder im Original bei. Originale werden umgehend zurückgesandt.

- Psychotherapeutische bzw. ärztliche Unterlagen liegen bei
- Ich bitte um Rücksendung der übersandten Unterlagen

- Weitere Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
Psychotherapeutin/Psychotherapeut

Psychotherapeutin / Psychotherapeut (Stempel)

An den  
Ärztlichen Dienst der  
Agentur für Arbeit

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer:

BGL-Nummer:

### Liquidation

USt.-ID-Nr o. St. Nr:

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

Re. Nr:

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:		=	_____ €
Zwischensumme:		=	_____ €
Ggf. Umsatzsteuer:		=	_____ €
<b>Gesamt:</b>		=	_____ €

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Psychotherapeutin/Psychotherapeut

