



**Achtung: Wir schicken Ihnen ein personalisiertes Formular. Dieses enthält einen Strichcode, der dem Antrag Ihres Patienten entspricht. Sie können dieses Muster also weder abdrucken noch ausfüllen.**

**Weitere info:** <http://handicap.belgium.be/de/fur-professionals/arzte.htm>

## Medizinischer Bericht zur Bewertung einer Behinderung

---

### ADMINISTRATIVE DATEN

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
ENSS	
Aktenzeichen	
Geschlecht	
Straße	
Gemeinde	

Behandelnder Arzt	
Name	



Based on RNN n° & application case

Vorname	
Telefon	
Handy	
LIKIV-Nummer	
E-Mail	

BESPIEL



.be

## MEDIZINISCHE DATEN

### Beschleunigte Behandlung der Akte

- Fortgeschrittener Krebs
- Palliativbehandlung in der Endphase
- Sich rasch entwickelnde degenerative Erkrankung
- Ernsthafte soziale Beeinträchtigung (wenn ja, welche?)

### Aktive Diagnosen

Anfangsdatum	Diagnose	Arbeitsunfall	Wichtig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen bezüglich der aktiven Diagnosen:

---

---

---

---

---

### Passive Diagnosen (Vorgeschichte)

Anfangsdatum	Diagnose	Arbeitsunfall	Wichtig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Based on RNN n° & application case

Anmerkungen bezüglich der passiven Diagnosen:

---

---

---

---

---

**Arzneimittel**

Anfangsdatum	Arzneimittel

**Behandlungen (Eingriffe, Rehabilitation, ...)**

Anfangsdatum	Behandlung	Rehabilitative Behandlung und unter 21 Jahren (wenn ja, geben Sie bitte den Namen des Therapeuten, die Häufigkeit und den Ort der Behandlung ein)
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>



Based on RNN n° & application case

**Frühere Behandlungen**

Anfangsdatum	Behandlung	Rehabilitative Behandlung und unter 21 Jahren (wenn ja, geben Sie bitte den Namen des Therapeuten, die Häufigkeit und den Ort der Behandlung ein)	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

**Weitere Behandlungen**

---

---

---

---

---

**Sachdienliche Parameter (Gewicht, ...)**

Anfangsdatum	Parameter (Einheit)	Wert	Handlungen



Based on RNN n° & application case

**Allgemeine Anmerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MEDIZINISCHE BERICHTE**

Bitte fügen Sie die neuesten und sachdienlichen medizinischen Berichte bei, zum Beispiel:

- Krankenhausberichte, Berichte von Fachärzten;
- Spirometrie, EKG, Herzfunktion, Röntgenaufnahmeberichte, Skanbilder, MRI;
- Rehabilitationsberichte, Katz-Skala, MMS;
- ...

