

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)

1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad ☐ beantragt

2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge

Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?

	Rentenbezug	Rentenantrag	Träger der Rentenversicherung
Altersrente	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
Rente wegen Erwerbsminderung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	

Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit nein beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.

3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen

Befinden Sie sich in Altersteilzeit?

☐ nein ☐ ja

Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet?

☐ nein ☐ ja ggf. auf Grund von ☐ Minijob ☐ Kindererziehungszeiten
☐ Pflege von Angehörigen ☐ Versorgungsausgleich

4. Fragen zur häuslichen Situation

In welchem Stockwerk wohnen Sie?

Ist ein Aufzug vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?

Leben Sie

☐ zu Hause und dort ☐ allein oder
☐ mit Angehörigen/mit sonstigen Personen

☐ im Betreuten Wohnen

☐ in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ☐ ja ☐ nein

6. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden)

Name _____

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigegefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse_____
Ort, Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters**Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

Ort, Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

V1.0

S. 2 / 3

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)**Krankenhaus**

Anschrift

Fallnummer/Patienten-ID

1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):

Name, Vorname

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?☐ nein☐ jaWenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?☐ nein☐ ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.)

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

V1.0

S. 3 / 3