

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Krankenkasse
Versichertennummer
Patientin/Patient (Name, Vorname)
Geb.-Datum
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

Krankenhaus
Anschrift
IK-Nummer
Kennzeichen/Aktenzeichen
Abteilung/Station
Stationär einweisende/r Haus-/Fachärztin bzw. Haus-/Facharzt

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 allein im betreuten Wohnen
 mit Angehörigen in einer Alten-/Pflegeeinrichtung
 mit sonstigen Personen

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ja nein

Antrag auf Anschlussrehabilitation

6. Bemerkungen (z. B. spezielle Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung):

Ort, Datum

Unterschrift der/der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Datenschutzhinweis:

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. 17 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 die 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 Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Angaben des Sozialdienstes

1. Kontaktdaten des Sozialdienstes im Krankenhaus/in der Klinik:

Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

2. Besteht eine Teilnahme der Patientin/des Patienten an einer integrierten Versorgung?

nein ja nicht bekannt

3. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?

nein ja

Wenn **nein**, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

4. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?

nein ja, (Name, Anschrift und Tel.) _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift