

Krankenhaus – Sozialdienst: <hr/> Reha-Klinik Wunsch bzw. Vorschlag: <p style="text-align: center;">Termin ab:</p>	GKV: <input type="checkbox"/> Barmer GEK <input type="checkbox"/> DAK <input type="checkbox"/> SBK <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> LKK/LSV <input type="checkbox"/> IKK Classic <input type="checkbox"/> KKH Allianz <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> PKV: <input type="checkbox"/> AXA/DBV <input type="checkbox"/> Sonstige:
---	--

Antrag des Versicherten auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Hiermit beantrage ich Leistungen zur medizinischen Anschlussrehabilitation¹.

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Phase B | <input type="checkbox"/> Phase C |
| | | <input type="checkbox"/> Phase D |

1. Personalien des Versicherten

Name		Vorname	
Geburtsdatum	KV-Nr. (soweit bekannt)		
Straße/Hausnummer			
Postleitzahl/Wohnort		Telefon	

2. Ist die Erkrankung auf fremde Einwirkung zurückzuführen?

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar als Folge | <input type="checkbox"/> einer Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung |
| | | <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit/eines Arbeitsunfalles |
| | | <input type="checkbox"/> einer Körperverletzung durch Dritte |

3. Beziehen Sie eine Rente?

- ja beantragt
- telefonisch abgeklärt durch Sozialdienst bei
- nein, Bemerkung (z.B. Kinder, fehlende Beitragszeiten etc.):

¹ Als Leistungen können ambulante oder stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Es gilt das Prinzip „ambulant geht vor stationär“.

4. Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?

nein ja wurden beantragt am

5. Angaben zur sozialen und häuslichen Situation

Leben Sie zuhause allein in einer Pflegeeinrichtung
 mit Angehörigen in einem Altenheim/Altenwohnheim
 mit sonstigen Personen

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ja nein (ggf. kurz erläutern):

In welcher Etage befindet sich Ihre Wohnung?

Ist gegebenenfalls ein Lift oder Fahrstuhl vorhanden? ja nein

Ist für Sie ein Betreuer bestellt? ja nein

Wenn ja, für welchen Aufgabenkreis:

Name und Anschrift des Betreuers

6. Bereits vor Krankenhausaufenthalt verwendete Hilfsmittel

Rollstuhl Gehwagen Prothese Gehstock Unterarm-Stützen
 Gehgestell
 Sonstige

Einverständniserklärung:

Ich entbinde den mich behandelnden Krankenhausarzt und meinen Hausarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der Krankenkasse alle für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Angaben (einschließlich der von Dritten) zu erheben und zu verwenden.

Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme relevant sind, dürfen sie von der Krankenkasse angefordert und verwendet werden.

Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an die Krankenkasse. Dies gilt auch für Unterlagen, die bei einem der im Antrag genannten Leistungsträger vorliegen. Ich weiß, dass ich der Übermittlung der Angaben von einem Leistungsträger an die Krankenkasse widersprechen kann.

Datenschutzhinweis:

Ihre Mitwirkung ist zur Beurteilung des Antrages auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß § 66 SGB I verpflichtet sind. Andernfalls kann Ihnen die Rehabilitationsmaßnahme versagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers