

Antrag auf Anschlussrehabilitation

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

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (durch die/den Versicherte/n auszufüllen)

1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?

☐ ja ☐ nein

2. Fragen zur Rentenanspruchstellung

Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenanspruch gestellt?

Träger der Rentenversicherung

Altersrente ☐ nein ☐ ja

Rente wegen Erwerbsminderung ☐ nein ☐ ja

3. 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):

4. 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

5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (soweit bekannt)

Name

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht, gesetzlichen Vertretung oder Ehegattennotvertretung

Betreuer/in

Vorsorgebevollmächtigte/r

Gesetzliche/r Vertreter/in

Ehegattin/Ehegatte

Name

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

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
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten oder
die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

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.

Krankenkasse:

Name, Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

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
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten oder
die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

Krankenkasse:
Name, Vorname:

Versichertennr.:
Geb.Datum:

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

Telefonnummer

Faxnummer.

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 Telefonnummer)

frühestmögliches Aufnahmedatum:

Krankenkasse:
Name, Vorname:Versichertenr.:
Geb.Datum: