

<b>Antrag auf Anschlussrehabilitation</b>													
Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse												
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer												
Postleitzahl, Wohnort	Geb.-Datum												
<b>I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten</b> (vom Versicherten auszufüllen)													
<b>1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit</b>													
Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> beantragt													
<b>2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge</b>													
Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?													
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;">Rentenbezug</td> <td style="width: 15%;">Rentenantrag</td> <td style="width: 30%;">Träger der Rentenversicherung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Altersrente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Rente wegen Erwerbsminderung</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> </table>		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	_____
	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 <u>nein</u> beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.													
<b>3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen</b>													
Befinden Sie sich in Altersteilzeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. auf Grund von <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Kindererziehungszeiten <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen <input type="checkbox"/> Versorgungsausgleich													
<b>4. Fragen zur häuslichen Situation</b>													
In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____													
Ist ein Aufzug vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich): _____ _____ _____													
<b>5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?</b>													
Leben Sie <input type="checkbox"/> zu Hause und dort <input type="checkbox"/> allein <u>oder</u> <input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen <input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen <input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung													
Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													

**6. Behandelnde Hausärztin/behandelnder Hausarzt** (sofern vorhanden)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**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 beigefügte 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. 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 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

<b>II. Angaben des Krankenhauses</b> (z. B. durch den Sozialdienst/Casemanagement auszufüllen)
Krankenhaus
Anschrift
Fallnummer/Patienten-ID
<b>1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst/Casemanagement):</b> Name, Vorname _____ Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____
<b>2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich? _____
<b>3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.) _____ _____