

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 Rentenantragstellung

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

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

Krankenkasse:
Name, Vorname:

Versichertenr.:
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: