

Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung

Für Versicherte der KVB und für Beamte und Versorgungsempfänger des Bundeseisenbahnvermögens (BEV), der Eisenbahn-Unfallkasse (EUK) und Anspruchsberechtigte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS).

Hauptverwaltung

Dieser Antrag soll **nicht verwendet** werden, wenn Heilbehandlungen **wegen der Folgen eines Dienst- oder Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit** beantragt werden. Solche Anträge sind unmittelbar an den Unfallversicherungsträger zu richten!

Antrag bitte in Druckschrift ausfüllen, Zutreffendes

Angaben zum Patienten

1 Personalien des Patienten, Mitgliedsnummer und Familienstand					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer		Mitgliedsnummer der KVB:			
Postleitzahl		Wohnort		Telefon (Angabe freiwillig)	
				Familienstand des Patienten:	
				<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	

2 Der Patient ist a) <input type="checkbox"/> selbst KVB-Hauptversicherter bzw. Beihilfeberechtigter b) <input type="checkbox"/> Ehegatte eines KVB-Hauptversicherten oder Beihilfeberechtigten c) <input type="checkbox"/> Kind eines KVB-Hauptversicherten oder Beihilfeberechtigten d) <input type="checkbox"/> Witwe(r) eines KVB-Hauptversicherten oder Beihilfeberechtigten e) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	3 Antragsteller* (KVB-Hauptversicherter bzw. Beihilfeberechtigter) - bei 2b und 2c auszufüllen - - Unterschrift ist auf Seite 3 erforderlich! -		
	Name	Vorname	geb. am
	Anschrift <input type="checkbox"/> wie Patient <input type="checkbox"/> andere Anschrift (s. Nr. 13-2)		

4 Der Patient ist (Restkosten- und Tagegeldversicherungen bitte nicht angegeben)			
<input type="checkbox"/> <u>selbst</u> versichert bei der KVB	<input type="checkbox"/> <u>mit</u> versichert bei der KVB		
<input type="checkbox"/> <u>selbst</u> versichert bei der BAHN-BKK	<input type="checkbox"/> <u>mit</u> versichert bei der BAHN-BKK		
<input type="checkbox"/> <u>selbst</u> versichert bei	<input type="checkbox"/> <u>mit</u> versichert bei		

5 Wird für den Patienten Pflegegeld gezahlt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von der KVB <input type="checkbox"/> ja, von sonstiger Pflegeversicherung Pflegestufe: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>

6 Hat der Patient einen sonstigen Anspruch auf Krankenpflege, z. B. durch das Versorgungsamt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

7 Hat der Patient einen eigenen Beihilfeanspruch bei einem <u>anderen</u> Dienstherrn als dem Bundeseisenbahnvermögen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der KBS <input type="checkbox"/> ja, bei der EUK <input type="checkbox"/> ja, bei

- wird von der KVB, Abteilung Rehabilitation bearbeitet -			
KVB - Reha -	<input type="checkbox"/> Einweisung nach	vsf. Pflegesatz:	EUR
<input type="checkbox"/> Eig. Wahl	<input type="checkbox"/> Ablehnung	<input type="checkbox"/> anderweitige Erledigung	
Bemessungssatz: % bis			Antragsnummer
		(Namenszeichen)	(Datum)

104 71 A

Wenn die Blätter dieses Antrags nicht fest verbunden sind (z. B. bei Übermittlung durch Fax), bitte hier Name und Geburtsdatum des Patienten eintragen:

8 Betrifft die Anschlussheilbehandlung die Folgen einer Verletzung oder eines Unfalls, einer Berufskrankheit oder einer Wehrdienstbeschädigung?

nein ja, nähere Angaben sind beigefügt (ggf. auf besonderem Blatt).
 ja, der Unfallfragebogen liegt der KVB bereits vor. Fremdverschulden? nein ja

9 Bezieht der Patient Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung oder ist Rente beantragt?

nein ja, Rentenbezug seit von der wegen
 ja, Rente ist beantragt am bei der wegen

10 Hat der Patient **Versicherungs- und Beitragszeiten in der Gesetzlichen Rentenversicherung** von insgesamt **mindestens 60 Monaten** (Pflichtbeiträge, freiwillige Beiträge, Versorgungsausgleich wegen Auflösung der Ehe, anerkannte Kindererziehungszeiten, Nachversicherung)?

Diese Angaben sind für Patienten, die über 65 Jahre alt sind (außer wenn eine Krebserkrankung vorliegt), und für aktive Beamte nicht notwendig!

nein ja, wenn ja: bösartige Neubildung

Sonstige Angaben

11 Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung

Zahlt die Rentenversicherung einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung (z. B. zur KVB)?

nein ja, weniger als 41 EUR ja, 41 EUR oder mehr

12 Familienzuschlag (Angaben nur bei aktiven Beamten erforderlich)

Sind im Familienzuschlag (nach dem Bundesbesoldungsgesetz) 2 oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig?

nein ja, Name geb. am: anerkannt bis
 ja, Name geb. am: anerkannt bis

Wenn ja, sind die Kinder auch bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?

nein ja, bei

13 Zahlung beamtenrechtlicher Bezüge

Erhält der **Patient selbst** beamtenrechtliche Bezüge (Gehalt, Versorgungsbezüge)?

ja, die Zahlung erfolgt durch:

① BEV KBS EUK Empfänger-Nr.:

nein, die beamtenrechtlichen Bezüge erhält der **Ehegatte**. Dann bitte die folgenden Fragen beantworten:

② Antragsteller*: (Name) (Vorname) (geb. am)

Anschrift: wie Patient andere: Straße
PLZ Ort

Gehalt oder Versorgungsbezüge zahlt: BEV KBS EUK

Empfängernummer:

Hatte der **Patient** im Vorvorkalenderjahr Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) von mehr als 18.000 EUR?

nein ja

Es werden **keine beamtenrechtlichen** Bezüge gezahlt (z.B. bei Beurlaubung eines Beamten ohne Bezüge oder nur Rente aus der Rentenversicherung)
③

Anschrift des Arbeitgebers
bei Beurlaubung ohne Bezüge:

Wenn die Blätter dieses Antrags nicht fest verbunden sind (z. B. bei Übermittlung durch Fax), bitte hier Name und Geburtsdatum des Patienten eintragen:

14 Beantragte Leistung (bitte nur **eine** Auswahl)

Anschlussheilbehandlung mit Einweisung durch die KVB (das Sanatorium rechnet direkt mit der KVB ab).

Mir ist bekannt, dass ich einen Teil der Kosten selbst zu tragen habe (auch mittels Einzug von meinen Bezügen). Ich bin damit einverstanden, dass mein Kostenanteil von dem Bankkonto, auf das die KVB-Erstattungen überwiesen werden, abgebucht wird. Für eine ausreichende Deckung werde ich sorgen, andernfalls werden mir die anfallenden Gebühren in Rechnung gestellt.

Mein Eigenanteil soll nicht von meinem Bankkonto abgebucht werden, sondern ich möchte den Betrag überweisen.

Mir ist bekannt, dass Wahlleistungen (z.B. besondere Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung) nicht zuschussfähig sind!

Zuschuss zu einer stationären Anschlussheilbehandlung im Inland, für deren Durchführung und Abrechnung ich selbst sorgen werde.

Mir ist bekannt, dass nur der niedrigste vollpauschalierte Pflegesatz der Klinik (für Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Anwendungen, Medikamente und Kurtaxe) bezuschusst wird. Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig.

Besteht kein solcher vollpauschaliertes Pflegesatz oder ist er nicht anwendbar, wird für die Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz bezuschusst und zwar unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben geahndet werden können und Kostenersatz verlangt werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVB im Zusammenhang mit der Bearbeitung dieses Antrages und der Durchführung der sich daraus ggf. ergebenden Gesundheitsmaßnahme von Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Stellen Auskünfte über den Gesundheitszustand einholt und die gesamten ärztlichen Unterlagen der Behandlungsstätte zur Verfügung stellt.

Ich bin mit der Übersendung des ärztlichen Entlassungsberichtes über die Gesundheitsmaßnahme an den behandelnden Arzt (Hausarzt), an den Kostenträger und den Vertrauensarzt einverstanden, sofern ich diese Erklärung nicht bis zur Entlassung aus der Behandlungsstätte widerrufe.

Benachrichtigung nach §33 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)

Zur Erledigung ihrer Aufgaben bedient sich die KVB automatisierter Verfahren (EDV). Gemäß § 28 BDSG weisen wir darauf hin, dass die erhobenen Daten im Rahmen ihrer Zweckbestimmung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Angehörigen, für den die Gesundheitsmaßnahme beantragt wird
(nicht notwendig bei Kindern bis 14 Jahre)

Unterschrift des Antragstellers
(Hauptversicherter)

* **Hinweis:** Antragsteller ist der KVB-Versicherte ("Hauptversicherter"). Antragsberechtigt sind auch Beamte und Versorgungsempfänger von BEV und EUK sowie Anspruchsberechtigte der KBS. Der Antragsteller kann den Antrag auch für seine mitversicherten Familienangehörigen (Ehefrau, Kinder) bzw. die im Familienzuschlag berücksichtigten Personen stellen.

Den auch vom Antragsteller unterschriebenen Antrag senden Sie bitte zusammen mit dem ärztlichen AHB-Befundbericht an die:

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung
Abteilung Rehabilitation
Postfach 20 02 53
60606 Frankfurt am Main

Fax: (069) 24703-380, Telefon: (069) 24703-386 (für Auskünfte)

Für Versicherte der KVB und für Beamte und Versorgungsempfänger des Bundeseisenbahnvermögens (BEV), der Eisenbahn-Unfallkasse (EUK) und Anspruchsberechtigte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS).

1 Name und Anschrift des Krankenhauses		Name des behandelnden Arztes	☎ Arzt
		☎ Sozialdienst	
2 Name des Patienten		Vorname des Patienten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus	
Postleitzahl 	Wohnort	voraussichtlicher Entlassungstag	
3 Vorgesehene AHB-Klinik:			
a) <input type="checkbox"/> Klinik Königstein der KVB, Königstein /Ts (vorrangig vorzuschlagen für Herz/Kreislauf/Gefäße, Orthopädie, Stoffwechsel und Endokrinologie, z.B. Diabetes und SD-Erkrankung!)			
<input type="checkbox"/> Paul-Ehrlich-Klinik, Deutsche Rentenversicherung KBS, Bad Homburg <input type="checkbox"/> Römerberg-Klinik, Deutsche Rentenversicherung KBS, Badenweiler <input type="checkbox"/> Chiemgau-Klinik, Deutsche Rentenversicherung KBS, Marquartstein (Obb) <input type="checkbox"/> Vital-Kliniken GmbH, Klinik Dreizehnlinden, Bad Driburg <input type="checkbox"/> Vital-Kliniken GmbH, Klinik Sonnenbühl, Bad Dürkheim <input type="checkbox"/> Vital-Kliniken GmbH, Klinik Buchenholm, Bad Malente-Gremsmühlen			
b) <input type="checkbox"/> andere AHB-Klinik (bitte Anschrift angeben)		Begründung für b)	
4 Wir bitten den Sozialdienst, bei der vorgesehenen AHB-Klinik einen Aufnahmetermin vormerken zu lassen vsl. Aufnahmezeitpunkt in der vorgesehenen AHB-Klinik:			
5 Ausführliche Diagnose für AHB (bei Malignomen TNM-Klassifizierung und Stadiumeinteilung angeben, histologische Befunde in Kopie beifügen)			
6 Krankheitsbeginn und Verlauf (z.B. Datum der Operation sowie Angaben von Komplikationen)		7 Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall oder Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Unfallfolgen	
8 Wesentliche Befunde - klinisch und med.-techn. - (bitte in Kopie beifügen) Wir bitten, wesentliche Röntgen-Aufnahmen der AHB-Klinik auf Wunsch zur Verfügung zu stellen.			
9 Wesentliche, nicht mit der AHB-Diagnose zusammenhängende Krankheiten			

Wenn die Blätter dieses Antrags nicht fest verbunden sind (z. B. bei Übermittlung durch Fax), bitte hier Name und Geburtsdatum des Patienten eintragen:

10 Derzeitige Therapie

11 Kann die Erwerbsfähigkeit des Patienten durch die vorgesehene AHB voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden? (Nur bei Patienten unter 65 Jahre)

ja nein

12 Kann der Patient

- ohne fremde Hilfe essen? ja nein
- sich alleine waschen und anziehen? ja nein
- sich alleine auf der Station bewegen? ja nein

- Besteht Harninkontinenz? ja nein
- Liegt ein Blasenkatheter? ja nein
- Besteht Stuhlinkontinenz? ja nein

Kann der Patient anreisen

- mit öffentlichen Verkehrsmitteln? ja nein
- **nur** mit PKW/Taxi? ja nein
- **nur** mit Krankenwagen? ja nein

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Diesen AHB-Befundbericht zusammen mit dem AHB-Antrag bitte senden an:

**Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung
Abteilung Rehabilitation
Postfach 20 02 53
60606 Frankfurt am Main**

Fax: (069) 24703-380
Telefon: (069) 24703-386

Anschriften der AHB-Kliniken zu 3

Klinik Königstein der KVB Sodener Str. 43 61642 Königstein	Tel.: 06174/204-0 (Vermittlung), -503 (Aufnahme) Fax: 06174/204-509 (Verwaltung), -549 (ärztlicher Dienst)
Paul-Ehrlich-Klinik der KBS Landgrafenstr. 2-8 61348 Bad Homburg	Tel.: 06172/128-0 (Vermittlung), -603 (Aufnahme) Fax: 06172/128-638 (Verwaltung), -511 (ärztlicher Dienst)
Römerberg-Klinik der KBS Schwärzestr. 20 79410 Badenweiler	Tel.: 07632/73-1 (Vermittlung), -205 (Aufnahme) Fax: 07632/73-217 (Verwaltung), -240 (ärztlicher Dienst)
Chiemgau-Klinik der KBS Geisenhausen 1 83250 Marquartstein	Tel.: 08641/629-0 (Vermittlung), -410 (Aufnahme) Fax: 08641/61772 (Verwaltung), 629-513 (ärztlicher Dienst)
Vital-Kliniken GmbH Klinik Dreizehnlinden Bahnhofstr. 3 3014 Bad Driburg	Tel.: 05253/971-0 (Vermittlung), -283 (Aufnahme) Fax: 05253/971-499 (Verwaltung), -489 (ärztlicher Dienst)
Vital-Kliniken GmbH Klinik Sonnenbühl Hammerbühlstr. 4 78073 Bad Dürkheim	Tel.: 07726/665-0 (Vermittlung), -813 (Aufnahme) Fax: 07726/665-824 (Verwaltung), -834 (ärztlicher Dienst)
Vital-Kliniken GmbH Klinik Buchenholm Plöner Str. 20 23714 Bad Malente-Gremesmühlen	Tel.: 04523/987-0 (Vermittlung), -505 (Aufnahme) Fax: 04523/987-520 (Verwaltung), -575 (ärztlicher Dienst)