

Versicherungsnummer:

7 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

8 Sonstige Angaben

8.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als
- Folge eines Arbeits- / Wegeunfalls - Berufskrankheit - Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung - Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten - Verfolgtenleiden - Impfschaden?

nein ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja

Bei welcher Stelle?

8.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck R870**) bitte beifügen.

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z.B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja

am Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

8.3 Haben Sie **in den letzten vier Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

nein ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

von - bis

9 Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig?

nein ja, seit

9.1 Falls die/der Versicherte bei einer Krankenkasse familienversichert ist, bitte Personalien des Mitglieds angeben

Name	Vorname	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

10 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

17 Unterschrift der/des Versicherten/Patienten

Ort, Datum

Absender: Krankenhaus

Ansprechpartner mit Telefonnummer



Blatt 1

Befundbericht zum AHB-Antrag

-Ausfertigung für RV-Träger-

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Abteilung Versicherung,
Rente und Rehabilitation
-Anschlussrehabilitation-
40194 Düsseldorf

stationär

ambulant / gantztägig ambulant

Versicherungsnummer der/des Versicherten

Personalien der/des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

Beruf der/des Versicherten

Zuletzt ausgeübte/r Beruf/Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung)

Krankenhaus/AHB Klinik

Aufnahmetag im Krankenhaus	Voraussichtlicher Entlassungstag	Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Klinik
----------------------------	----------------------------------	--

Die/Der Patient/in könnte am _____ in der Reha-Einrichtung aufgenommen werden.

Folgende Reha-Einrichtung wird empfohlen:

Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name und Anschrift der AHB-Klinik

Unterschrift/Stempel
der/des Bediensteten des Krankenhauses

Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!



Versicherungsnummer der/des Versicherten									

Anlagebogen 1 zum AHB-Antrag

Personalien der/des Versicherten

Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum

Zusatzbogen bei Antrag auf stationäre neurologische AHB

Neurostatus gilt ab Datum: _____

- | | |
|---|---|
| <p>1 Körperpflege (Zähneputzen, Kämmen, Rasieren)
 <input type="checkbox"/> braucht Hilfe
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>2 Baden und Duschen
 <input type="checkbox"/> braucht Hilfe
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>3 Essen
 <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe erforderlich (füttern)
 <input type="checkbox"/> Hilfe (z.B. beim Schneiden) erforderlich
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>4 Magensonde / PEG
 <input type="checkbox"/> ja
 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>5 Toilettenbenutzung
 <input type="checkbox"/> völlig abhängig
 <input type="checkbox"/> auf Hilfestellung angewiesen
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>6 Darmkontinenz
 <input type="checkbox"/> inkontinent
 <input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent
 <input type="checkbox"/> kontinent</p> <p>7 Blasenkontinenz
 <input type="checkbox"/> inkontinent
 <input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent
 <input type="checkbox"/> kontinent</p> <p>8 Blasenkatheter
 <input type="checkbox"/> ja
 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>9 Anziehen
 <input type="checkbox"/> nicht alleine möglich, mit vollständiger Hilfe
 <input type="checkbox"/> mit Hilfestellung möglich
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>10 Transfer Rollstuhl - Bett
 <input type="checkbox"/> bettlägrig (freies Sitzen nicht möglich)
 <input type="checkbox"/> viel Hilfe (freies Sitzen möglich)
 <input type="checkbox"/> wenig Hilfe erforderlich
 <input type="checkbox"/> unabhängig</p> <p>11 Fortbewegung
 <input type="checkbox"/> nicht fortbewegungsfähig ohne Hilfsperson
 <input type="checkbox"/> ca. 50 Meter mit Rollstuhl alleine möglich
 <input type="checkbox"/> ca. 50 Meter gehfähig mit Hilfs- bzw. Begleitperson
 <input type="checkbox"/> ca. 50 Meter gehfähig (ggf. mit Hilfsmittel) ohne Hilfsperson bzw. Begleitperson</p> | <p>12 Treppensteigen
 <input type="checkbox"/> nicht möglich
 <input type="checkbox"/> mit Hilfs- bzw. Begleitperson möglich
 <input type="checkbox"/> unabhängig (ggf. mit Hilfsmitteln) ohne Hilfs- bzw. Begleitperson</p> <p>13 Orientierung
 <input type="checkbox"/> vollständig bzw. weitgehend desorientiert
 <input type="checkbox"/> leichte Orientierungsstörungen vorhanden (zur Person orientiert)
 <input type="checkbox"/> zu allen Qualitäten orientiert</p> <p>14 Merkfähigkeit
 <input type="checkbox"/> schwere Merkfähigkeitsstörungen mit alltagsrelevanter Beeinträchtigung
 <input type="checkbox"/> leichte Merkfähigkeitsstörungen ohne alltagsrelevante Beeinträchtigung
 <input type="checkbox"/> keine Merkfähigkeitsstörungen</p> <p>15 Sprachstörung (Aphasie)
 <input type="checkbox"/> Verständigung erheblich erschwert bzw. unmöglich
 <input type="checkbox"/> Sprachstörung vorhanden, Verständigung aber ohne Mühe möglich
 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>16 Sozialverhalten
 <input type="checkbox"/> Neigung zum Weglaufen bzw. zu aggressivem Verhalten bzw. Beaufsichtigung erforderlich
 <input type="checkbox"/> zeitweise Verhaltensauffälligkeiten bzw. unkooperativ, dabei aber lenkbar, keine Beaufsichtigung erforderlich
 <input type="checkbox"/> kooperativ, adäquates Verhalten</p> <p>17 Die Reha-Maßnahme wird die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wiederherstellen
 <input type="checkbox"/> ja
 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>18 Die diagnostischen Maßnahmen sind abgeschlossen
 <input type="checkbox"/> ja
 <input type="checkbox"/> nein (bei nein bitte Erläuterung)</p> <p>19 Transport in die Reha-Einrichtung
 <input type="checkbox"/> Krankenwagen erforderlich
 <input type="checkbox"/> PKW / Taxi
 <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel
 <input type="checkbox"/> mit Begleitperson
 <input type="checkbox"/> ohne Begleitperson</p> |
|---|---|

Bemerkungen:



Versicherungsnummer der/des Versicherten											

Anlagebogen 3 zum AHB-Antrag

Personalien der/des Versicherten

Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum

Zusatzbogen bei Antrag auf ambulante/ganztägig ambulante orthopädisch-traumatologische AHB

Bei Beurteilung der Eignung für die AHB in ambulanter/ganztägig ambulanter Durchführungsform sind die medizinischen Ein- und Ausschlusskriterien und die persönlichen Voraussetzungen gemäß beiliegender Indikationsliste im Einzelfall zu prüfen.

Weiterhin ist die Feststellung erforderlich, ob ausreichende Mobilität und Belastbarkeit für die im Einzelfall entscheidenden täglichen Reisebelastungen zu einer im Informationsblatt über ambulante/ganztägig ambulante AHB (für den Krankenhausarzt) benannten wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen besteht.

zutreffendes bitte
ankreuzen
ja nein

Funktionelle Belastbarkeit	ja	nein
Derzeitige Übungsstabilität ?	[]	[]
Derzeitig vorliegende Teilbelastung bis _____ kg		
Vollbelastung ist sofort möglich	[]	[]
falls nicht, in _____ Tagen.		
Folgender Art von Kunstgelenkversorgung wurde ggf. durchgeführt: _____		

OP-Datum: _____

Reisefähigkeit (max. Reisedauer für einfache Wegstrecke 45 Minuten):

Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln *) ohne Fremdhilfe (z.B. Fußweg zur Haltestelle, Einstiegstrithöhe Bus/Bahn, ausreichende Sitz- und Stehfähigkeit, Erschütterungen)	[]	[]
Reisefähigkeit für ggf. bestehende Fahrdienste der Reha-Einrichtung (kein Krankenwagen) oder als Mitfahrer in Privat-PKW *)	[]	[]
Reisefähigkeit als Selbstfahrer eines Privat-PKW *)	[]	[]

Als regelmäßiges Transportmittel ist vorgesehen: _____

*) Öffentliche Verkehrsmittel umfassen keine Taxi-Nutzung. Die Fahrkostenerstattung bei Benutzung eines privaten PKW/Taxi ist grundsätzlich auf den Aufwand für geeignete öffentliche Verkehrsmittel beschränkt.

Weitere Eignungskriterien:

Psychische Störungen / mangelnde psychische Belastbarkeit	[]	[]
Abhängigkeitserkrankungen	[]	[]
Sichergestellte häusliche Versorgung	[]	[]
Einverständniserklärung des Patienten mit der ambulanten/ganztägig ambulanten AHB	[]	[]

Bemerkungen: _____

Hiermit wird die medizinische Eignung für die ambulante/ganztägig ambulante Rehabilitation bestätigt.

Unterschrift
der/des Betreuten

Datum/Stempel/Unterschrift
des Krankenhauses

Datum/Stempel/Unterschrift
des behandelnden Arztes



Information über die Anschlussrehabilitation -für den Krankenhausarzt-

Die **Anschlussrehabilitation (AHB)** ist die Weiterbehandlung Ihres Patienten in einer Rehabilitationsklinik. Die AHB soll sich schnell, möglichst innerhalb von 14 Tagen, an den Krankenhausaufenthalt anschließen. Ziel der AHB ist die Wiedereingliederung des Patienten in das Alltags- und Berufsleben.

AHB können grundsätzlich nur durchgeführt werden, wenn der Patient bis zum Beginn der AHB frühmobilisiert, d. h. zum Beispiel in der Lage ist, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und sich auf Stationsebene (auch unter Benutzung von Hilfsmitteln) zu bewegen.

Die **Deutsche Rentenversicherung Rheinland** wählt die Rehabilitationsklinik unter Berücksichtigung der Vorschläge des Krankenhausarztes aus, vereinbart den Aufnahmetermin und informiert den Krankenhausarzt und den Patienten.

Dem AHB-Antrag ist der vom Krankenhausarzt ausgefüllte **Befundbericht** beizufügen. Der Befundbericht soll Aussagen zu den Leistungsvoraussetzungen enthalten. Weitere medizinische Unterlagen sollen dem Befundbericht beigelegt werden.

Der Befundbericht wird **vergütet**. Füllen Sie bitte die anliegende Rechnung aus, damit die Überweisung erleichtert und beschleunigt wird.

Geben Sie Ihrem Patienten bitte das für ihn bestimmte Informationsblatt.



**Information über die Anschlussrehabilitation
-für die Patientin/den Patienten-**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Krankenhausarzt hält Ihre Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik für erforderlich. Diese **Anschlussrehabilitation (AHB)** wird in speziell zu diesem Zweck ausgewählten Einrichtungen durchgeführt und umfasst alle erforderlichen Rehabilitationstherapien. Die AHB soll sich schnell, möglichst innerhalb von 14 Tagen, an den Krankenhausaufenthalt anschließen.

Die AHB wird von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland bewilligt, wenn die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Daher lässt sich das Ausfüllen von Formularen leider nicht ganz vermeiden. Wir haben uns jedoch bemüht, das Verfahren so einfach wie möglich zu gestalten.

Wir bitten Sie, den **Antrag** auf eine AHB auszufüllen und zu unterschreiben. Die Mitarbeiter des Krankenhauses werden Sie dabei gerne unterstützen. Das Krankenhaus leitet den AHB-Antrag dann weiter.

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland wird eine für Sie geeignete **Rehabilitationsklinik** auswählen und Sie über den Aufnahmetermin informieren.

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Sie **Übergangsgeld** für die Dauer der AHB. Damit die Deutsche Rentenversicherung Rheinland das Übergangsgeld berechnen kann, benötigt sie noch einige Angaben. Die notwendigen Formulare gehen Ihnen kurz nach der Entscheidung über die AHB zu.

Für die AHB haben Sie eine **Zuzahlung** für maximal 14 Tage zu leisten. Die für die Krankenhausbehandlung gezahlte Zuzahlung wird angerechnet.

Wenn Sie **Fragen** haben, wenden Sie sich bitte an den Arzt oder Sozialdienst Ihres Krankenhauses. Sie können sich auch an die Deutsche Rentenversicherung Rheinland wenden.

Wir wünschen Ihnen eine gute Besserung.

Ihre
Deutsche Rentenversicherung Rheinland