

Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB)

Anschrift der AHB-Einrichtung:	RV-Träger: Eingangsstempel Deutsche Rentenversicherung Bund	Absender: Krankenhaus
Ansprechpartner mit Telefonnummer		Ansprechpartner mit Telefonnummer

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - 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).

1	Beantragte Leistung	IV (Integrierte Versorgung) - Patient <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	SZAT	FLGR
<input type="checkbox"/>	AHB für Versicherte		1 0	0 4
<input type="checkbox"/>	AHB (Onkologische Rehabilitation) für Versicherte und nichtversicherte Angehörige		1 4	4 ^{7/}
Diese Angaben sind nur bei BfA-Patient(innen) von der AHB-Einrichtung auszufüllen.				
Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten		Vers.Nr. <input type="checkbox"/> 1	Datum der Antragsaufnahme (wie Ziff. 13)	Aufnahmetag in der AHB-Einrichtung
Name, Vorname, Geb.-Datum der Versicherten / des Versicherten				

2 Personalien der Patientin / des Patienten

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

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten

Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) 0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

Zuletzt ausgeübte/r Erwerbstätigkeit / Beruf 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) des jetzigen bzw. letzten Arbeitgebers

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau / -mann, Rentner/in)	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender / Auszubildende (Anlernling, Praktikant/in, Volontär/in, Student/in)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter / ungelernte Arbeiterin (nicht als Facharbeiter/in tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter / angelernte Arbeiterin in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter/in tätig)	<input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter / Facharbeiterin	<input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellte / Angestellter	<input type="checkbox"/> 7 Beamter, Beamtin / DO-Angestellter, DO-Angestellte, Versorgungsempfänger/in i. S. d. Beamtenrechts	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger / Selbständige

5 Arbeit vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Haushaltstätigkeit	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos i. S. d. SGB III	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
		<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Gesetzliche Krankenkasse

Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) der gesetzlichen Krankenkasse

Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig? nein ja, seit

Falls die Patientin / der Patient bei der 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		

12 Hinweise und Erklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass

- vom Krankenhausarzt ein Befundbericht an die Einrichtung, die für die Anschlussheilbehandlung vorgesehen ist, und an die Deutsche Rentenversicherung Bund gesandt wird und meine Krankenkasse eine Durchschrift davon erhält.
- in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110,111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Deutsche Rentenversicherung Bund 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 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).

Hinweis: Die Weitergabe eines eventuell vorliegenden Entlassungsberichts einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation an Dritte ist grundsätzlich nur mit Ihrer Einwilligung zulässig.

Ich habe von der vorstehenden Information Kenntnis genommen.

Ort, Datum

13 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziff. 12) ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Unterschrift, Stempel der aufnehmenden Stelle (Krankenhaus), Datum