



# Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus vollständig auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger: .....

|  |                             |                     |
|--|-----------------------------|---------------------|
| Familiename(n)                                 |                             | Versicherungsnummer |
| Vorname(n)                                     | Geschlecht<br>weibl. männl. | Telefon/Fax         |
| Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) |                             | e-mail              |

## Angaben des Krankenhauses:

|  |  |
|--|--|
| Unfalltag:   | Arbeitsunfall    Privatunfall    Berufskrankheit |
| Aufnahmetag im Krankenhaus:                        | Vorgeschlagene Rehab-Einrichtung:                |
| Voraussichtlicher Entlassungstag:                  |  |
| Optimaler Antrittstermin<br>d. Rehab-Aufenthaltes: |  |

|  |            |
|--|------------|
| PatientIn  | ja    nein |
| kann ohne fremde Hilfe essen/trinken<br>alleine die Körperpflege durchführen<br>alleine baden/duschen<br>sich alleine aus- und anziehen<br>seine Medikamente einnehmen<br>selbständig gehen (mindestens 50m)<br>mit Hilfsmittel<br>ohne Hilfsmittel<br>selbständig Treppe auf- bzw. absteigen<br>Toilette benutzen |            |
| leidet an    Orientierungsstörungen<br>Harninkontinenz<br>Stuhlinkontinenz   |            |
| ist selbständiger Rollstuhlbenutzer<br>benötigt Transfer in/aus Rollstuhl  |            |
| benötigt Begleitperson für Aufenthalt<br>kann mit öffentlichen Verkehrsmittel anreisen<br>falls nein, wird für die Anreise benötigt<br>Begleitperson<br>Transport<br>sitzend<br>liegend<br>mit Sanitäter<br>ohne Sanitäter<br>Sonstiges Transportmittel (PKW, Taxi) .....  |            |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Name des zuständigen Arztes: | Telefon/DW:                                 |
|                              | Fax:  |
|                              | e-Mail:                                     |
| Datum                        | Unterschrift und Stempel der Krankenanstalt |

**Ärztlicher Befundbericht:**

|   |          |                     |
|---|----------|---------------------|
| Name:   | Vorname: | Versicherungsnummer |
| Antragsrelevante Diagnose(n) für das AHV unter <b>Angabe</b> der Funktionseinschränkungen und des <b>Zeitpunktes</b> des <b>Akutereignisses</b> bzw. der <b>Operation</b> : |          |                     |
| Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe der Funktionseinschränkungen:   |          |                     |
| Krankheitsbeginn und –verlauf, Komplikationen:  |          |                     |
| Bisherige Therapien (medikamentös, physikalisch):   |          |                     |
| Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen:  |          |                     |
| Wesentliche klinische und med. techn. Befunde:  |          |                     |
| Angaben zum Rehabilitationsziel:  |          |                     |

**Patientenbezogene Angaben zum Leistungsbezug:**

|   |         |                              |
|---|---------|------------------------------|
| beziehen Sie Pflegegeld                                 | nein ja | welche Stufe: .....          |
| haben Sie einen Antrag gestellt<br>auf Pensionsleistung |         | von welcher Stelle:.....     |
| auf Pflegegeld  |         | bei welcher Stelle:.....     |
|   |         | bei welcher Stelle:.....     |
| Patienteneinverständnis zum Antrag                      |         | Patientenunterschrift: ..... |

**Erledigung des Versicherungsträgers:**

|                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| Bewilligt:      | Abgelehnt:                   |
| Rehabilitation: | Gesundheitsvorsorge:         |
| RZ/SKA:         | ICD-10:                      |
| Datum:          | Unterschrift des Chefarztes: |