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 Rentenantrag 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

5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (soweit bekannt)

Name

Adresse (soweit bekannt)
Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl Wohnort

Telefonnummer

6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht, gesetzlichen Vertretung oder Ehegattennotvertretung

☐ Betreuer/in ☐ Vorsorgebevollmächtigte/r ☐ Gesetzliche/r Vertreter/in ☐ Ehegattin/Ehegatte

Name

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl Wohnort

Telefonnummer

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung
(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten oder die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

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 oder die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

Krankenkasse: _____ Versichertennr.: _____

Name, Vorname: _____ 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 ☐ ja

Wenn 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:

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name	**Geburtsdatum**	**Geschlecht** männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐
Vorname	**Versichertennummer**	

I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____

I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

☐ als Direktverlegung ☐ innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____

☐ außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____

Medizinische Begründung: _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u>
(Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM [1]	Seiten-lokalisation[2]	Ursache[3]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

[1] Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen Abweichen

[2] R = rechts, L = links, B = beidseits

[3] Ursache der Erkrankung: 0 =1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 =Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 =Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II.2. Durchgeführte Behandlungen

☐ Operation am _____ Welche? _____

OPS _____

Wunde geschlossen und reizlos? ☐ ja ☐ nein

☐ andere Behandlungen, und zwar _____

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

☐ nein ☐ ja

Wenn ja
☐ im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)
☐ kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)
☐ sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?
☐ ja, welche Keime?
☐ nein ☐ nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?
(Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

***ICF*-Domäne**	***ITEM***	***Professionelle Hilfe***		***Laienhilfe***		***selbständig***		***Punkte***
		Total	***Kontakt-hilfe***	***Kontakt-hilfe***	***Assis-tenz***	***Mit HiMi***	***Ohne HiMi***	
		0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	
Selbstversorgung	*Essen, Trinken*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	An- und Ausziehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Persönliche Hygiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Waschen, Duschen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Stuhlkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Harnkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Toilettengang	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mobilität	*Transfer*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rollstuhlnutzung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Treppensteigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Kommunikation	*Hörverstehen*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Sprechen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Lernen & Wissen anwenden	*Lesen & verstehen*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Schreiben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
allg. Aufgaben & Anforderungen	*Orientierung/ Gedächtnis*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Dauerkonzentration	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Planen & Probleme lösen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
sozial Interaktion	*Soziales Verhalten*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
häusliches Leben	*Haushaltsführung*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
							Gesamtscore	

Krankenkasse: _____

Name: _____ Versichertennr.: _____

Vorname: _____ Geb.Datum: _____

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?

☐ nein ☐ ja

III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat

☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar mit bis zu: _____ kg ☐ übungsstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten: _____

_____

III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)

☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand
☐ absaugpflichtigesTracheostoma
☐ intermittierende Beatmung
☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)
☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)
☐ schwere Verständigungsstörung
☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

_____

_____

V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung

V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
☐ Krankheiten der Gefäße
☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates
☐ Gastroenterologische Erkrankungen
☐ Endokrine Krankheiten
☐ Krankheiten der Atmungsorgane
☐ Nephrologische Erkrankungen
☐ Urologische Erkrankungen
☐ Sonstige
☐ Neurologische Erkrankungen
☐ Onkologische Erkrankungen
☐ Gynäkologische Erkrankungen
☐ Hauterkrankungen
☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen
☐ Psychische Erkrankungen
☐ Suchterkrankungen
☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane
☐ Geriatrie

_____

Krankenkasse: _____

Name: _____ Versichertennr.: _____

Vorname: _____ Geb.Datum: _____

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

☐ ambulant ☐ ambulant mobil, weil (z. B. notwendiger Einbezug des Lebensumfeldes, schwere Orientierungsstörung):

☐ stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

☐ nein ☐ ja, weil:

- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
- ☐ Herzinsuffizienzen ab NYHA II
- ☐ endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
- ☐ spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
- ☐ Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
- ☐ Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
- ☐ Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
- ☐ Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
- ☐ Onkologische Krankheiten
- ☐ Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
- ☐ geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?

☐ nein ☐ ja, und zwar wegen:

- ☐ Dialyse, welches Verfahren
- ☐ Chemotherapie ☐ Immunsuppressiva ☐ Katheter ☐ PEG
- ☐ Isolationspflicht ☐ Beatmung ☐ Tracheostoma ☐ Weaning
- ☐ OS/US-Prothese ☐ gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung
- ☐ Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person; Pflegegrad (soweit bekannt):
- ☐ Dekubitus, Stadium:
- ☐ sonstiges

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

Krankenkasse:
Name: Versichertennr.:
Vorname: Geb.Datum:

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?

☐ öffentliches Verkehrsmittel
☐ PKW

☐ Taxi/Mietwagen
☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

☐ Rollstuhltransport
☐ Tragestuhltransport
☐ Liegendtransport

_____

_____

_____

☐ keine Anreise erforderlich, da mobile Rehabilitation

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

Name, Vorname _____

Telefon-Nr. für Rückfragen _____

Datum _____

_____
Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse: _____
Name: _____ Versichertennr.: _____
Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Version 3.0 - Stand: 01.04.2026