



# Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuständiger Kranken- bzw. Pensionsversicherungsträger:

Familiename(n)/Nachname(n)		Versicherungsnummer
Vorname(n)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Telefon/Fax
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		e-mail

## Angaben des Krankenhauses:

Unfalltag:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Privatunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Vorgeschlagene Rehab-Einrichtung:
Voraussichtlicher Entlassungstag:	
Optimaler Antrittstermin d. Rehab-Aufenthaltes:	

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

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

**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 Funktionseinschränkung:		
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:**

	nein	ja	
beziehen Sie Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche Stufe: von welcher Stelle.
haben Sie einen Antrag gestellt auf Pensionsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von welcher Stelle.
auf Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von welcher Stelle.
Patienteneinverständnis zum Antrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patientenunterschrift. ....

**Erledigung des Versicherungsträgers:**

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