



# Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Kranken- bzw. Pensionsversicherungsträger: .....

|  |   |                     |  |
|--|---|---------------------|--|
| Familiennamen                                  |   | Versicherungsnummer |  |
| Vorname  | Geschlecht  | Telefon/Fax         |  |
|  | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. |                     |  |
| 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 |
| Aufnahme im Krankenhaus:                           | Vorgeschlagene Rehab-Einrichtung:   |
| Voraussichtlicher Entlassungstag:                  |   |
| Optimaler Antrittstermin<br>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/ihre Medikamente einnehmen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|  | selbständig gehen (mindestens 50 m)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|  | mit Hilfsmittel                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|  | ohne Hilfsmittel                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|  | selbständig die 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 Verkehrsmitteln 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   | e-mail:     |
| 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 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:**

|                                    |                          |                          |                             |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| beziehen Sie Pflegegeld            | nein                     | ja                       | welche Stufe: .....         |
|                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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: |