



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
Aufnahme 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/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 Sanitär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ohne Sanitär	<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:
	e-mail:
Datum	Unterschrift und Stempel der Krankenanstalt

Ärztlicher Befundbericht:

Name:	Vorname:	Versicherungsnummer	
Antragsrelevante Diagnose(n) für das AHV unter Angabe der Funktionseinschränkungen und des Zeitpunktes des Akutereignisses bzw. der Operation :			
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: