



# 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 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:
	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 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 <input type="checkbox"/>	ja <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: