



Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Kranken- bzw. Pensionsversicherungsträger:

Familienname		Versicherungsnummer	
Vorname	Geschlecht ☐ weibl. ☐ männl.	Telefon/Fax	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		e-mail	

Angaben des Krankenhauses:

Unfalltag:	☐ Arbeitsunfall ☐ Privatunfall ☐ Berufskrankheit
Aufnahme im Krankenhaus:	Vorgeschlagene Rehab-Einrichtung:
Voraussichtlicher Entlassungstag:	
Optimaler Antrittstermin d. Rehab-Aufenthaltes:	

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

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 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: von welcher Stelle:
haben Sie einen Antrag gestellt auf Pensionsleistung	☐	☐	von welcher Stelle:
auf Pflegegeld	☐	☐	von welcher Stelle:
Patienteneinverständnis zum Antrag	☐	☐	Patientenunterschrift

Erledigung des Versicherungsträgers:

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