

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB)

G0250

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

| | |
|--|--|
| Anschrift des Rentenversicherungsträgers | Anschrift der Krankenkasse |
| Anschrift der AHB-Einrichtung (soweit es das Verfahren mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vorsieht) | Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefon und Telefax |

1 Beantragte Leistung

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Anschlussrehabilitation (AHB) für Versicherte <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant |
| <input type="checkbox"/> Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige Anlage (Formular G0255) bitte beifügen! <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant |

2 Angaben zur Patientin / zum Patienten

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|---|
| Name | Vorname (Rufname) | | |
| Geburtsname | frühere Namen | | |
| Geburtsdatum | Geschlecht | | |
| | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers |
| Straße, Hausnummer | | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) | |
| Postleitzahl | Wohnort | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | |

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 ledig | <input type="checkbox"/> 1 verheiratet | <input type="checkbox"/> 2 geschieden | <input type="checkbox"/> 3 verwitwet |
| 3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung) | | | |
| | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

| | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|---|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) | <input type="checkbox"/> 1 | Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) | <input type="checkbox"/> 2 | ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 | angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) | <input type="checkbox"/> 4 | Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 5 | Meister, Polier |
| <input type="checkbox"/> 6 | Angestellter | <input type="checkbox"/> 7 | Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes | <input type="checkbox"/> 8 | Selbständiger |

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

| | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) | <input type="checkbox"/> 1 | Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 2 | Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ganztagsarbeit mit Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 4 | Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> 5 | Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit |
| <input type="checkbox"/> 6 | ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> 7 | arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> 8 | Heimarbeit |
| <input type="checkbox"/> 9 | Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen | | | | |

6 Krankenkasse

| |
|---|
| Name |
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung |
| Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit |

7 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

| | |
|--------------------|---------|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | Telefon |
| Postleitzahl | Ort |



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---------------------|---------------------------------|-------------|

8 Beiträge zur Sozialversicherung

| |
|--|
| 8.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 8.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? |
| Staat von - bis |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 8.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen! |

9 Bezug von Arbeitslosengeld II

| |
|--|
| Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen! |

10 Sonstige Angaben

| |
|---|
| 10.1 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung |
| Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt? |
| Name des Rentenversicherungsträgers |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 10.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente |
| Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)? |
| Art der Leistung |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 10.4 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, als Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden? |
| Von welcher Stelle? Aktenzeichen |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Welche Gesundheitsstörungen? |
| Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt? |
| Bei welcher Stelle? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |



Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

10.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

Bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein ja _____ am

11 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 12

ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl Wohnort

Telefax (Angabe freiwillig)

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 5 und 6 Ziffer 14.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit
der Versicherten / des Versicherten ist beigefügt wird nachgereicht

12 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
| | | |

13 Dokumentenzugang

13.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

| |
|--------------|
| De-Mail |
| noch De-Mail |

13.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

14 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

14.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Deutsche Rentenversicherung und die AHB-Einrichtung den im Krankenhaus erstellten Befundbericht erhalten.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---------------------|---------------------------------|-------------|

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

14.2 Information - Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

14.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

15 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

16 Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn die Deutsche Rentenversicherung Bund oder die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland zuständig ist.

| | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---|---|
| Datum der Antragsaufnahme | Aufnahme in der AHB-Einrichtung | Rehaeinrichtungsschlüssel der AHB-Einrichtung (6-stellig) | Fachabteilungsschlüssel der AHB-Einrichtung (4-stellig) |
| | | | |

