



Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus vollständig auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger:

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

Angaben des Krankenhauses:

Unfalltag:	Arbeitsunfall Privatunfall Berufskrankheit
Aufnahmetag 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 Medikamente einnehmen selbständig gehen (mindestens 50m) mit Hilfsmittel ohne Hilfsmittel selbständig Treppe auf- bzw. absteigen Toilette benutzen	
leidet an	Orientierungsstörungen Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
ist selbständiger Rollstuhlbenutzer	
benötigt Transfer in/aus Rollstuhl	
benötigt Begleitperson für Aufenthalt	
kann mit öffentlichen Verkehrsmittel anreisen	
falls nein, wird für die Anreise benötigt	
	Begleitperson Transport sitzend liegend mit Sanitäter ohne Sanitäter Sonstiges Transportmittel (PKW, Taxi)

Name des zuständigen Arztes:	Telefon/DW:
	Fax:
Datum Unterschrift und Stempel der Krankenanstalt	e-Mail:

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 Funktionseinschränkungen:		
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:
haben Sie einen Antrag gestellt auf Pensionsleistung		von welcher Stelle:.....
auf Pflegegeld		bei welcher Stelle:.....
		bei welcher Stelle:.....
Patienteneinverständnis zum Antrag		Patientenunterschrift:

Erledigung des Versicherungsträgers:

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