

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

--	--	--	--

G0250

Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB)

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						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<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	
<hr/>	
<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	
<hr/>		<hr/>	
Straße, Hausnummer		Telefon	
<hr/>		<hr/>	
Postleitzahl	Ort		
<hr/>	<hr/>		



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 sowie die Krankenkasse den im Krankenhaus erstellten Befundbericht erhalten.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

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

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).



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

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) 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)

