

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
Telefonnummer	

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (durch die/den Versicherte/n auszufüllen)

1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?

☐ ja ☐ nein

2. Fragen zur Rentenanspruchstellung

Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenanspruch gestellt?

Träger der Rentenversicherung

Altersrente ☐ nein ☐ ja _____

Rente wegen Erwerbsminderung ☐ nein ☐ ja _____

3. Fragen zur häuslichen Situation

In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____

Ist ein Aufzug vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

4. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?

Leben Sie

☐ zu Hause und dort ☐ allein oder
☐ mit Angehörigen/mit sonstigen Personen

☐ im Betreuten Wohnen

☐ in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ☐ ja ☐ nein

5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (soweit bekannt)

Name _____

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht, gesetzlichen Vertretung oder Ehegattennotvertretung

☐ Betreuer/in ☐ Vorsorgebevollmächtigte/r ☐ Gesetzliche/r Vertreter/in ☐ Ehegattin/Ehegatte

Name _____

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse

Ort, Datum _____

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten oder
die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____

Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten oder
die/der vertretende Ehegattin/Ehegatte

Krankenkasse: _____
Name, Vorname: _____

Versichertennr.: _____
Geb.Datum: _____

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)**Krankenhaus****Anschrift****Fallnummer/Patienten-ID****1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):**

Name, Vorname

Telefonnummer

Faxnummer.

2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?☐ nein☐ jaWenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?**3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?**☐ nein☐ ja, (Name, Anschrift und Telefonnummer)

frühestmögliches Aufnahmedatum: _____

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation			
I. Allgemeine Angaben			
I.1. Personalien der/des Versicherten:			
Name	Geburtsdatum	Geschlecht männlich ☐	
Vorname	Versichertennummer	weiblich ☐ divers ☐	
I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung			
Aufnahmedatum _____		voraussichtliches Entlassdatum _____	
I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?			
☐ nein ☐ ja			
I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen			
☐ als Direktverlegung ☐ innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____			
☐ außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____ Medizinische Begründung: _____			
II. Rehabilitationsbedürftigkeit			
II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u>			
(Codierung konkret und endständig)			
Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM ¹	Seiten- lokalisation ²	Ursache ³
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
¹ Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen Abweichen ² R = rechts, L = links, B = beidseits ³ Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)			
II.2. Durchgeführte Behandlungen			
☐ Operation am _____ Welche? _____ OPS _____			
Wunde geschlossen und reizlos? ☐ ja ☐ nein			
☐ andere Behandlungen, und zwar _____			

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

☐ nein
☐ ja

Wenn ja

☐ im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

☐ kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

☐ sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

☐ ja, welche Keime?

☐ nein
☐ nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

(Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt -hilfe	Kontakt -hilfe	Assis-tenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	☐
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	An- und Ausziehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Persönliche Hygiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Waschen, Duschen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Stuhlkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Harnkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Toilettengang	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mobilität	Transfer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rollstuhlnutzung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Treppensteigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Kommunikation	Hörverstehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Sprechen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Schreiben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Dauerkonzentration	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Planen & Probleme lösen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
sozial Interaktion	Soziales Verhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
häusliches Leben	Haushaltsführung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Gesamtscore								

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____

Version 3.0 - Stand: 01.04.2026

S. 2 / 5

III. Rehabilitationsfähigkeit			
III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen? ☐ nein ☐ ja			
III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar mit bis zu: _____ kg ☐ übungstabil Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein Besonderheiten: _____ _____			
III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung </td> </tr> </table>		☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung	☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung	☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		
IV. Rehabilitationsziele/-prognose			
Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen? _____ _____ _____			
V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung			
V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie </td> </tr> </table>		☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige	☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie
☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige	☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie		

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

- ☐ ambulant ☐ ambulant mobil, weil (z. B. notwendiger Einbezug des Lebensumfeldes, schwere Orientierungsstörung):
- ☐ stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

- ☐ nein ☐ ja, weil:
- ☐ Myokardinfarkt
 - ☐ Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
 - ☐ Herzinsuffizienzen ab NYHA II
 - ☐ endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
 - ☐ spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
 - ☐ Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
 - ☐ Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
 - ☐ Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
 - ☐ Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
 - ☐ Onkologische Krankheiten
 - ☐ Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
 - ☐ geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation**VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?**

- ☐ nein ☐ ja, und zwar wegen:
- ☐ Dialyse, welches Verfahren _____
- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Chemotherapie | ☐ Immunsuppressiva | ☐ Katheter | ☐ PEG |
| ☐ Isolationspflicht | ☐ Beatmung | ☐ Tracheostoma | ☐ Weaning |
| ☐ OS/US-Prothese | ☐ gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung | | |
- ☐ Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person; Pflegegrad (soweit bekannt): _____
- ☐ Dekubitus, Stadium: _____
- ☐ sonstiges _____

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?

☐ öffentliches Verkehrsmittel

☐ PKW

☐ Taxi/Mietwagen

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

☐ Rollstuhltransport

☐ Tragestuhltransport

☐ Liegendtransport

☐ keine Anreise erforderlich, da mobile Rehabilitation

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

Name, Vorname _____

Telefon-Nr. für Rückfragen _____

Datum _____

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____