

Antrag auf eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsleistung

Die beantragte Leistung ist erforderlich wegen der Folgen

☐

eines Arbeits-/
Wegeunfalles

☐

einer Kriegs- bzw.
Wehrdienstbeschädigung

☐

einer Berufskrankheit

☐

eines sonstigen Unfalls

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 23, 24, 40, 41 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung sind Leistungseinschränkungen möglich (§ 66 SGB I).

Ich beantrage eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsleistung für

Name und Vorname

Geburtstag

Bei Familienangehörigen: Name und Vorname des Mitglieds

Geburtstag

Anschrift

Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis

☐

Eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der beantragten Leistung finden Sie auf der Rückseite.

**Art der beantragten
Leistung**

☐

Stationäre Vorsorgeleistung

☐

Stationäre Rehabilitationsleistung

☐

Vorsorgeleistung für Mütter/Väter

☐

Rehabilitationsleistung für Mütter/Väter

Ärztlich empfohlene(r) Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung/Kurort

Dauer

vom/bis

Wochen

An den Kosten der beantragten Maßnahme beteiligt sich außerdem

Sozialleistungsträger

Höhe der täglichen Beteiligung

Beteiligung insgesamt

EUR

EUR

Wenn ein Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen bei einem anderen Sozialleistungsträger gestellt wurde bzw. wird

Datum des Antrags

Sozialleistungsträger

Begründung bei Ablehnung

Die letzte Vorsorge-/Rehabilitationsleistung wurde durchgeführt

vom/bis

Kurort

Kostenträger

Wegen der dem Leistungsantrag zugrunde liegenden Krankheit erfolgte in den letzten 4 Jahren

ärztliche Behandlung
vom/bis

behandelnder Arzt

ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung
vom/bis Einrichtung

Krankenhausbehandlung
vom/bis

Krankenhaus

Nur ausfüllen bei Leistungsanträgen für den Ehegatten oder für Kinder: Rentenversicherungsbeiträge wurden entrichtet

vom/bis

Rentenversicherungsträger

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift

X

Ärztliche Bescheinigung für eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsleistung

Name und Vorname des Patienten

Geburtstag/Krankenversichertennummer

Anschrift

Diagnose(n) und bisherige Therapie

Wegen welcher/welchen Krankheit(en) ist eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsleistung erforderlich?

Bisherige Therapie (ggf. Stichwort)

Untersuchungen in den letzten 6 Monaten (z. B. Röntgenuntersuchungen, EKG, Labor u.dgl.)

Größe, Gewicht?

cm

kg

Medizinische Begründung

☐ Eine stationäre Vorsorgeleistung ist erforderlich,

☐ weil sich die Behandlungsziele weder durch medizinische Vorsorgeleistungen im Rahmen ambulanter Behandlung noch durch eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort erreichen lassen.

☐ um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

☐ um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken.

☐ um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

☐ um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

☐ Eine stationäre Vorsorgeleistung für Mütter/Väter ist erforderlich weil sich die Behandlungsziele durch eine ambulante Vorsorgeleistung nicht erreichen lassen und einer stationären Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder in einer gleichartigen Einrichtung gegenüber einer anderen ambulanten oder stationären Vorsorgeleistung der Vorzug zu geben ist.

☐ Eine stationäre Rehabilitationsleistung ist erforderlich,

☐ weil sich die Behandlungsziele weder durch eine ambulante Krankenbehandlung noch durch eine ambulante Rehabilitation erreichen lassen.

☐ um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

☐ um einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung zu beseitigen oder zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

☐ um einer drohenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

☐ Eine stationäre Rehabilitationsleistung für Mütter/Väter ist erforderlich, weil sich die Behandlungsziele weder durch eine ambulante Krankenbehandlung noch durch eine ambulante Rehabilitation erreichen lassen und einer stationären Rehabilitationsleistung für Mütter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder in einer gleichartigen Einrichtung gegenüber einer anderen stationären Rehabilitationsleistung der Vorzug zu geben ist.

Therapievorschlag

Welche spezifischen Therapiemaßnahmen sind notwendig?

Welche(r) Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung / Kurort und welche Dauer werden vorgeschlagen?

Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung / Kurort

Dauer

Wochen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes