

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 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX 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"/> <b>Anschlussrehabilitation (AHB) für Versicherte</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant
<input type="checkbox"/> <b>Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige</b> 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	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten

<b>3.1 Familienstand</b> (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> <b>0</b> ledig	<input type="checkbox"/> <b>1</b> verheiratet	<input type="checkbox"/> <b>2</b> geschieden	<input type="checkbox"/> <b>3</b> verwitwet
<b>3.2</b> 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 <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> 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 Strukturiertes Behandlungsprogramm und Integrierte Versorgung

6.1 Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (**Disease-Management-Programm - DMP**) teil?

0 nein  1 ja

6.2 Nehmen Sie an einer Integrierten Versorgung teil?

nein  ja

#### 7 Krankenkasse

Name

---

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenversicherung

Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig?

nein  ja, seit

#### 8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Ort		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

## 9 Beiträge zur Sozialversicherung

<b>9.1</b> Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>9.2</b> Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat <span style="float: right;">von - bis</span>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>9.3</b> 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!

## 10 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!

## 11 Beamteneigenschaft

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

## 12 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

## 13 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

## 14 Sonstige Angaben

<b>14.1</b> 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? <span style="float: right;">Aktenzeichen</span>
<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

**14.2** 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 R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII

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

Bei welcher Stelle? Aktenzeichen

nein  ja \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**15 Antragstellung durch eine andere Person**

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 6 Ziffer 20)	
Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten	
<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

**16 Bankverbindung**

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>D E</b> _____	_____
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

**17 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
---------------------	---------------------------------	-------------

## 18 Dokumentenzugang

### 18.1 Per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_

### 18.2 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)

## 19 Erklärung und Information der Patientin / des Patienten (nicht Zutreffendes streichen)

**19.1 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.

**19.2 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).

**19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.**

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



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

## 20 Unterschrift

**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).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

**21 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)

