DMS 03117

Zurücksenden an folgendes Krankenversicherungsunternehmen:

Fax: 0180 578 6000
Postfach: DKV Deutsche Krankenversicherung AG - 50594 Köln

-im Folgenden genannt als privates Krankenversicherungsunternehmen-

Antrag auf Anschlussheilbehandlung

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Anspruch bei Rentenversicherung/DRV

Sollte eine weitergehende Klärung hinsichtlich eines möglichen Anspruchs bei der DRV erforderlich sein, übernimmt das Versicherungsunternehmen dies gerne. Für diesen Fall wird um Rücksendung des unterzeichneten Formulars „Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV)“ gebeten.

- Verbeamtet: Ja: ☐ Nein: ☐
- Beihilfeberechtigter Angehöriger: Ja: ☐ Nein: ☐
- Bezug Leistungen aus Versorgungswerk: Ja: ☐ Nein: ☐ beantragt: ☐
- Anspruch bei DRV: Ja: ☐ Nein*: ☐
- Beiträge bei DRV entrichtet: Ja: ☐ Nein: ☐
- Bezug Altersrente: Ja: ☐ Nein: ☐ beantragt: ☐
- Rente wegen Erwerbsminderung: Ja: ☐ Nein: ☐ beantragt: ☐

befristet: ☐ unbefristet: ☐

** bitte Ablehnungsbescheid beifügen oder Ansprechpartner (Kontaktdaten) angeben*

Rehabilitationseinrichtung: _____ Aufnahmetermin: _____

Kontaktdaten Krankenhaus (Sozialdienst):

Unterschrift/Stempel des Sozialdienstes:

Medizinische Angaben

Geplante Maßnahme

ambulant: ☐ **EAP** (Erweiterte Ambulante Physiotherapie)**:** ☐ **stationär:** ☐

Fachrichtung:

- Neurologie: ☐ Phase: _____
- Geriatrie: ☐
- Orthopädie: ☐
- Kardiologie: ☐
- Onkologie: ☐
- Sonstige: _____

Bitte schicken Sie bei geriatrischen und neurologischen Patienten das Singer-Patientenprofil-Formular oder den Barthel-Index. Bei Anträgen für die Phase B oder C, fügen Sie bitte den neurologischen Befundbericht bei.

Hauptdiagnose (ICD10 mit Klartext): _____

Art und Datum der Operation: _____

rehabilitationsfähig/belastbar ab: _____

Kann die Anschlussheilbehandlung auch ambulant durchgeführt werden?

☐ Ja ☐ Nein, weil: _____

Pflegebedürftigkeit: Nein: ☐ Ja: ☐ Pflegegrad: _____

Sonstige Hinweise:

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift/ Stempel des Arztes**

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zum Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt und berät die Patienten bei der Antragstellung einer Anschlussheilbehandlung. Damit das private Krankenversicherungsunternehmen den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung möglichst schnell prüfen kann, möchte es sich mit dem Sozialdienst austauschen. Ziel ist, dass durch den direkten Austausch zwischen Sozialdienst und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Ihr Antrag schnell geklärt werden kann. Sie sollen möglichst vor Antritt der Behandlung wissen, ob und wenn ja, in welcher Höhe die Kosten von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen übernommen werden.

Dazu ist zuvor Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich.

Ich willige ein, dass das private Krankenversicherungsunternehmen zur Prüfung der Leistungspflicht für den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung meine hierzu erforderlichen **Gesundheitsdaten** bei dem oben genannten Krankenhaus (siehe S.2) erhebt und für diesen Zweck verarbeitet.
Medizinische Unterlagen – insbesondere z.B. OP-Berichte, Anästhesieprotokolle, Laborwerte, EKG´s, Röntgenbilder, Entlassungsbericht – dürfen, soweit für diesen Antrag erforderlich, an das private Krankenversicherungsunternehmen weitergegeben werden.

Ich befreie die Ärzte und Mitarbeiter des oben genannten Krankenhauses von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch das private Krankenversicherungsunternehmen an die behandelnden Ärzte und Krankenhausbedienstete weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für das private Krankenversicherungsunternehmen tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige weiterhin darin ein, dass das private Krankenversicherungsunternehmen den Sozialdienst des oben genannten Krankenhauses über die Leistungsentscheidung zu meinem Antrag informiert. Dazu darf das private Krankenversicherungsunternehmen auch den Umfang meines Versicherungsschutzes in Bezug auf die beantragte Anschlussheilbehandlung mitteilen. Das private Krankenversicherungsunternehmen darf das Ergebnis der Leistungsentscheidung an den Sozialdienst weitergeben. Dieser kann mir das Ergebnis mitteilen.

Ferner willige ich darin ein, dass das private Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls die aufnehmende Rehabilitationsklinik über ihre Leistungsentscheidung informieren darf und dazu auch den Umfang meines Versicherungsschutzes in Bezug auf die beantragte Anschlussheilbehandlung mitteilt.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungen nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist **freiwillig**. Aber das kann mit Konsequenzen verbunden sein.

Wenn ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben möchte, kann sich der Prüfprozess zur Klärung der Kostenübernahme verzögern.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen widerrufen kann. Ein Widerruf betrifft nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich die erforderlichen Unterlagen auch selbst beibringen kann. Mir ist weiterhin bekannt, dass dann die Prüfung des Anspruchs etwas länger dauern kann.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr oder ggf. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

Name: _____ **Vorname:** _____

wohnhaft: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnummer der DRV: _____

Ich willige ein, dass die DRV dem privaten Krankenversicherungsunternehmen mitteilt, ob bei mir die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, unter denen die DRV für eine medizinische Reha-Maßnahme leistet.

Die Einwilligung erteile ich ausschließlich zu dem Zweck, damit die nahtlose Einleitung einer Anschlussheilbehandlung (AHB) zu meinem derzeitigen Krankenhausaufenthalt erfolgen kann. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten nur zu dem oben genannten Zweck verwendet werden.

Ich willige weiter ein, dass das private Krankenversicherungsunternehmen der DRV die im Rahmen ihrer Anfrage erforderlichen personenbezogenen Daten mitteilt, die die DRV zur Feststellung des Anspruchs benötigt. Insoweit befreie ich die für das private Krankenversicherungsunternehmen tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist **freiwillig**. Ich kann die Auskünfte auch selber beibringen. Ich weiß, dass das private Krankenversicherungsunternehmen den Anspruch erst dann abschließend prüfen kann, wenn die Auskünfte des Rentenversicherers vorliegen.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr oder ggf. des gesetzlichen Vertreters