

Versicherungsnummer

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 / Nachschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachschicht	<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 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 (Private Krankenversicherung: Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)

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

9 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?

nein ja

10 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

10.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

10.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

nein ja

11 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

11.1 Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein ja

11.2 Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit im Blockmodell** getroffen?

Vollerwerbsphase von - bis

Freistellungsphase von - bis

nein ja

11.3 Haben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen?

nein ja

12 Sonstige Angaben

12.1 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?

Aktenzeichen

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

12.2 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

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

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

am

Versicherungsnummer

13 Bankverbindung

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

14 Dokumentenzugang 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 (Kassette)
 als Hörmedium (CD-DAISY Format)

15 Erklärung und Information der Patientin / des Patienten (Nicht Zutreffendes streichen)

15.1 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 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

15.2 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 Abs. 2 Nr. 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).

15.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

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

15.4 Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 13 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

16 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

17 Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn die Deutsche Rentenversicherung Bund zuständig ist.

Datum der Antragsaufnahme	Aufnahme in der AHB-Einrichtung	Rehabilitationseinrichtungsnummer der AHB-Einrichtung
---------------------------	---------------------------------	---

Versicherungsnummer


Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige
G255
Patientin / Patient (nichtversicherte Angehörige / nichtversicherter Angehöriger)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		
Geburtsname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		

2 Sonstige Angaben der Versicherten / des Versicherten

2.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!
2.3 Üben Sie eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3 Wichtiger Hinweis und Erklärung

<p>Hinweis: Die Erbringung einer AHB zu Lasten der Rentenversicherung schließt einen etwaigen Erstattungsanspruch auf die bis dahin entrichteten Rentenversicherungsbeiträge aus. Dagegen wird die Höhe bestehender oder künftiger Rentenansprüche durch diese AHB nicht gemindert.</p> <p>Erklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beantragte AHB aus meiner Versicherung erbracht wird.</p>
--

4 Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten