

DMS 03117

**Zurücksenden an:**

Fax: 0180 578 6000

Postfach: DKV Deutsche Krankenversicherung AG – 50594 Köln

**Antrag auf Anschlussheilbehandlung**

**Patientendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: KV \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anspruch bei Rentenversicherung/DRV**

*Wenn unklar ist, ob ein Anspruch besteht, dann lassen Sie bitte die beiliegende Einwilligungserklärung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung vom Patienten unterschreiben und senden diese dann an uns zurück.*

- 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 (Kontakt Daten) angeben*

DMS 03117

**Vollständige Anschrift und Kontaktdaten Krankenhaus (Sozialdienst):**

---

---

---

**Rehabilitationseinrichtung:** \_\_\_\_\_ **Termin:** \_\_\_\_\_

**Ambulant:**

**EAP:**

**Stationär:**

**Fachrichtung:**

- Neurologie:  Phase: \_\_\_\_\_ Aktueller Barthel-Index: \_\_\_\_\_
- Geriatrie:
- Orthopädie:
- Kardiologie:
- Onkologie:
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Diagnose (ICD10 mit Klartext):** \_\_\_\_\_

**Art und Datum der Operation:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Indikationen/Komplikationen:**

---

---

---

**Rehabilitationsfähig/Belastbar ab:** \_\_\_\_\_

**Pflegebedürftigkeit:**

Nein:  Ja:

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

**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 die DKV Deutsche Krankenversicherung AG den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung möglichst schnell prüfen kann, möchte sie sich mit dem Sozialdienst austauschen. Ziel ist, dass durch den direkten Austausch zwischen Sozialdienst und der DKV Ihr Antrag schnell geklärt werden kann. Sie sollen möglichst vor Antritt der Behandlung wissen, ob und wenn ja, in welcher Höhe die Kosten von der DKV übernommen werden.

Dazu ist zuvor Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich.

**Ich willige ein**, dass die DKV Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) 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 die DKV 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 die DKV übermittelt werden.

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

**Ich willige weiterhin darin ein**, dass die DKV den Sozialdienst des oben genannten Krankenhauses über die Leistungsentscheidung zu meinem Antrag informiert. Dazu darf die DKV auch den Umfang meines Versicherungsschutzes in Bezug auf die beantragte Anschlussheilbehandlung mitteilen. Die DKV darf das Ergebnis der Leistungsentscheidung an den Sozialdienst weitergeben, damit dieser mir das Ergebnis mitteilt.

**Ferner willige ich darin ein**, dass die DKV 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 der DKV 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 DKV: KV \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer der DRV: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die DRV der **DKV Deutsche Krankenversicherung AG** 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 die DKV der DRV die im Rahmen ihrer Anfrage erforderlichen personenbezogenen Daten mitteilt, die die DRV zur Feststellung des Anspruchs benötigt. Insoweit befreie ich die für die DKV 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 die DKV den Anspruch erst dann abschließend prüfen kann, wenn die Auskünfte des Rentenversicherers vorliegen.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber der DKV 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