



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

#### 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 (**D**isease-**M**anagement-**P**rogramm - 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)

## 9 Beiträge zur Sozialversicherung

**9.1** Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein  ja

**9.2** Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

von - bis

nein  ja

**9.3** Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein  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?

nein  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?

nein  ja

## 12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Name des Rentenversicherungsträgers

nein  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, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein  ja

## 14 Sonstige Angaben

**14.1** 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

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**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, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R0870) bitte beifügen.

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

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

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

## 15 Bankverbindung

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

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

**D E**

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

## 16 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:

## 17 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 (CD-DAISY Format)

## 18 Dokumentenzugang per De-Mail

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

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

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

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

**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 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) - beziehungsweise der §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (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.

**20 Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

**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)

