



Ihre Nachricht vom



Ihr Zeichen



**AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**



14456 Potsdam

### Antrag auf Kostenübernahme für eine Rehabilitationsleistung

#### Allgemeine Angaben

Die Rehabilitationsleistung wird wegen folgender Krankheit beantragt:

--

Prüfsystem

Wegen dieser Krankheit erfolgte in den letzten 12 Monaten eine ärztliche Behandlung durch:  
(bitte auch Fachärzte aufführen)

Name des Arztes	Fachrichtung	Anschrift	Telefon

Die Krankheit ist:

- eine anerkannte Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung      ja            nein
- Folge eines Arbeitsunfalls      ja            nein
- Folge einer anerkannten Berufskrankheit      ja            nein
- anerkannt nach dem OEG (Opferentschädigungsgesetz)      ja            nein
- anerkannt nach dem HEG (Haftentschädigungsgesetz)      ja            nein
- Folge eines sonstigen Unfalls (z. B. Verkehrsunfall, häuslicher Unfall)      ja            nein

→bitte wenden

- Welche ambulanten Behandlungsmaßnahmen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

	Anzahl	Zeitraum (von – bis)
<input type="checkbox"/> Massagen		
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> Packungen		
<input type="checkbox"/> Strombehandlungen		
<input type="checkbox"/> Bäderbehandlungen		
<input type="checkbox"/> Wasserbehandlungen		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
<input type="checkbox"/> Logopädie (Sprachtherapie)		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie/Verhaltenstherapie		
<input type="checkbox"/> Reha-Sport/Funktionstraining		
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
<input type="checkbox"/> Sonstige, ggf. welche? .....		
<input type="checkbox"/> Medikamente, ggf. welche? .....		

- Wurde während der letzten 4 Jahre eine Rehabilitationsleistung durchgeführt?

ja       nein

Wenn ja: von - bis	Wer hat die Kosten übernommen?
<h1>Prüfsystem</h1>	

- Sofern Sie keine Rente beziehen, haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt?

Nein  
 Ja, ich  
     erfülle insgesamt eine Wartezeit (Beitrags- und Ersatzzeiten) von 15 Jahren  
     war in den letzten 2 Jahren mindestens 6 Monate pflichtversichert.  
     .....

- Werden für Sie als Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung durch die Pflegekasse gezahlt?

Ja       Nein

- Üben Sie eine geringfügige Tätigkeit aus?

Ja       Nein

Wenn ja: Werden im Rahmen dieser Tätigkeit für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

Ja       Nein

- Zahlen Sie freiwillig Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja       Nein



- 3 -

### Angaben zur sozialen Situation

- Lebensumfeld/Lebenssituation
  - zu Hause  allein  mit Angehörigen/sonstigen Personen
  - in einer Pflegeeinrichtung
  - in einem Seniorenheim/Seniorenwohnheim
  
- Welche Etage wird bewohnt?  Erdgeschoss  ..... Etage
- Gibt es einen Aufzug?  Nein  Ja
- Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?  Nein  Ja

### Persönliche Angaben

- Liegt eine Schwerbehinderung vor?  Nein  Ja
  - Können öffentliche Verkehrsmittel benutzt werden?  Nein  Ja
  - Werden Hilfsmittel benötigt?  Nein  Ja
- Wenn ja, welche?
- .....

Prüfsystem

1. Bei welchen Tätigkeiten im Alltag bestehen durch die Krankheit Einschränkungen?  
(Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen)

- Es bestehen keine Einschränkungen.
  - Fortbewegung/körperliche Beweglichkeit (Gehen, Treppensteigen, Laufen, Wechsel der Körperhaltung, Heben, Tragen, Knien, Hocken, Greifen, Haushaltsführung)
  - Selbstversorgung (Waschen, Baden, Stuhlgang, Wasserlassen, Ankleiden, Nahrungszubereitung, Nahrungsaufnahme)
  - Kommunikation (Sprechen, Hören, Sehen, Greifen)
  - Aufgaben in Familie, Partnerschaft, Beruf
  - Sonstige
- .....

2. Zusätzliche Angaben

- Alkohol  Nein  Ja
  - Nikotin  Nein  Ja
  - Behinderung  Nein  Ja, welche?
- .....

- Größe ..... m Gewicht ..... kg

→bitte wenden

Hinweis:

Für eine sachgerechte Leistungsentscheidung wird gegebenenfalls der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für eine Begutachtung (§ 275 SGB V) weitergeleitet.

**Einverständniserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass von der AOK Nordost im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ärztliche Daten über meine Person, von den mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, zur direkten Übersendung an den MDK abgefordert werden können. Diese Daten sind für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Zur Entscheidung erforderlicher Behandlungs- und Therapiemaßnahmen bin ich damit einverstanden, dass die AOK Nordost ärztliche Daten und Unterlagen über meine Person an ausgewählte Rehabilitationseinrichtungen übermitteln kann. Wird die Rehabilitationsmaßnahme gemeinsam mit meinem zu pflegenden Angehörigen durchgeführt, bin ich mit der Anforderung des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit meines Angehörigen bei der Pflegekasse und Übersendung des Gutachtens an den MDK bzw. an ausgewählte Rehabilitationseinrichtungen einverstanden.

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 SGB X):**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. §§ 40, 41 SGB V, für die mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60, 66 SGB I verpflichtet sind. Anderenfalls kann Ihnen die Rehabilitationsleistung versagt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).

Ich bin erreichbar  
(Angabe ist freiwillig)

 Telefon tagsüber

E-Mail-Adresse

Ihr Vorteil: auf E-Mails können wir jederzeit orts- und zeitunabhängig antworten.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift