



Aktenzeichen:

<b>Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge/Rehabilitation</b>			
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60 ff. SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund des § 40 SGB V zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.			
<b>A. Angaben zur Person des Antragstellers</b>			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig Falls nicht ledig, seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Tag, Monat, Jahr</div> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend			
<b>B. Angaben zur beantragten Leistung</b>			
<b>1. Beantragte Leistungsart</b> <input type="checkbox"/> ambulante Rehabilitation _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">gewünschtes Rehabilitationszentrum</div> <input type="checkbox"/> (ambulant) mobile Rehabilitation _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">gewünschte Rehabilitationseinrichtung</div> <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">gewünschte Rehabilitationseinrichtung</div> <input type="checkbox"/> stationäre Vorsorge _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">gewünschte Vorsorgeeinrichtung</div> <div style="text-align: center; font-size: x-small;">_____</div> <div style="text-align: center; font-size: x-small;">gewünschter Behandlungsbeginn</div>			
<b>2. Besondere Anforderungen an die Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, allergenarm, hausstaubmilbenfrei, Barrierefreiheit)</b>			
<b>3. Haben Sie in den letzten vier Jahren medizinische Vorsorgeleistungen, Leistungen zur Rehabilitation, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen von folgenden Trägern erhalten?</b>			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
Alterskasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
Deutsche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	
		vom _____ bis _____	
		Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
<b>4. Sind Leiden Folgen einer durch Dritte verursachten Körperverletzung oder Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung?)</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">folgende Krankheit/en</div>			
<b>5. Sind Leiden als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>von welcher Stelle?</span> <span>Aktenzeichen</span> </div>			
<b>6. Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>bei welcher Stelle?</span> <span>Aktenzeichen</span> </div>			



Aktenzeichen:

7. Liegt eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Grad der Behinderung in % _____	
<b>C. Angaben zur Beitragszahlung und zum Leistungsbezug</b> (Hinweis: Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn ein Antrag auf <b>Rehabilitation</b> gestellt wird.)	
1. Werden oder wurden Beiträge an die landwirtschaftliche Alterskasse bzw. zur gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, ehemals BfA oder regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung, ehemals LVA) entrichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> 60 KM* <input type="checkbox"/> 180 KM* <input type="checkbox"/> 6 Pflichtbeiträge in den letzten 24 KM* (*KM = Kalendermonate)	
_____ Rentenversicherungsträger	_____ Versicherungsnummer
2. Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt worden?	
<input type="checkbox"/> Altersrente	Rentenbezug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Rentenantrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Rente wegen Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Erhöhte Hinterbliebenenrente wegen Berufs- oder Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____ Rentenversicherungsträger	_____ Versicherungsnummer
<b>D. Mitaufnahme eines Pflegebedürftigen während der stationären Vorsorge-/Rehabilitationsleistung</b>	
Pflegen Sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und ist dessen Versorgung während Ihrer Maßnahme ungeklärt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Beratung erwünscht	
_____ Name des Pflegebedürftigen	_____ Pflegegrad
<input type="checkbox"/> keine Beratung erforderlich (Versorgung wird selbst organisiert)	
<b>E. Weitere Teilhabeleistungen</b> (nur auszufüllen, wenn unter B. 1. ambulante oder stationäre Rehabilitation ausgewählt wurde)	
Sollen neben der medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Teilhabeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX beantragt werden? (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soziale Teilhabeleistungen). <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	
<b>F. Unterschrift</b>	
Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- oder Unfallversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch und dem Bundesversorgungsgesetz) der Krankenkasse sofort mitzuteilen.	
_____ Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers
<b>G. Einwilligung</b>	
Für den Fall, dass mein Antrag bewilligt wird, bin ich damit einverstanden, dass meine für die Leistungsdurchführung in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung erforderlichen Daten (u. a. ärztliche Verordnung) einmalig an diese weitergeleitet werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für diesen Leistungsfall gegenüber der LKK widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung habe.	
_____ Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters
Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage <a href="http://www.svlfg.de">www.svlfg.de</a> unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.	