

Antrag auf Anschlussheilbehandlung

Für KVB-Mitglieder und mitversicherte Angehörige, fürsorgeberechtigte Beamte und Versorgungsempfänger des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) und berücksichtigungsfähige Angehörige.

Hauptverwaltung

Antrag bitte in Druckschrift ausfüllen, Zutreffendes

Bei Dienst-, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit beantragen Sie die AHB bitte direkt beim Unfallversicherungsträger.

1 Angaben zum Patienten		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
2 Der Patient ist:		
<input type="checkbox"/> selbst KVB-Hauptversicherter/Mitglied bzw. Beihilfeberechtigter des BEV <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Hinterbliebene(r) .. eines KVB-Hauptversichererten bzw. BEV-Beihilfeberechtigten		
3 Angaben zum Antragsteller (KVB-Hauptversicherter/Mitglied bzw. Beihilfeberechtigter des BEV) <small>(Name und Anschrift nur erforderlich, wenn abweichend zum Patienten)</small>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefonisch tagsüber erreichbar unter (Angabe freiwillig):	E-Mail (Angabe freiwillig):	
Mitglied der KVB? <input type="checkbox"/> ja, Mitglieds-Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, Empfänger-Nummer:		
4 Erhält der Antragsteller beamtenrechtliche Bezüge? (Gehalt, Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge)		
<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> aktiver Beamter <input type="checkbox"/> Beamter im Ruhestand <input type="checkbox"/> Hinterbliebene(r) <input type="checkbox"/> Beamter im Erziehungsurlaub bis vsl.: Bezüge von: <input type="checkbox"/> BEV <input type="checkbox"/> Anderem Dienstherrn: <input type="checkbox"/> nein und: <input type="checkbox"/> als Beamter ohne Bezüge beurlaubt zu		
5 Steht die beantragte Anschlussheilbehandlung im Zusammenhang mit den Folgen einer Verletzung, eines Unfalls, einer Berufskrankheit oder einer Wehrdienstbeschädigung?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Liegt ein Fremdverschulden vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache (ggf. auf extra Blatt): <input type="checkbox"/> Folgende Stelle hat das Leiden anerkannt (z.B. Versorgungsamt):		
- wird von der KVB, Abteilung Rehabilitation bearbeitet -		
KVB - Reha - <input type="checkbox"/> Einweisung nach vsl. Pflegesatz: EUR <input type="checkbox"/> Ohne Einweisung <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Anderweitige Erledigung Bemessungssatz: % bis <input type="checkbox"/> EL-Nr. (Namenszeichen) (Datum)		
		Antragsnummer

104 71

Bitte hier die Patientendaten eintragen:	Name, Vorname	Geburtsdatum
--	---------------	--------------

6 Familienzuschlag des Antragstellers (Angabe nur bei aktiven Beamten erforderlich)

Bezieht der Antragsteller den Familienzuschlag nach Bundesbesoldungsgesetz für zwei oder mehr Kinder?

nein ja, Name geb. am: anerkannt bis

ja, Name geb. am: anerkannt bis

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Patienten

7 Erhält der Patient Pflegegeld?

nein ja mit Pflegegrad: 1 2 3 4 5

und zwar von: KVB sonstiger Pflegeversicherung

8 Besitzt der Patient einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen B oder BL?

nein ja, mit Merkzeichen und gültig bis:

9 Hat der Patient weitere Leistungsansprüche?

① Krankenversichert bei folgender Krankenkasse (**nicht** KVB, Restkosten- und Tagegeldversicherung):
 nein ja, bei (Name der Krankenkasse):

② Ansprüche auf Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften? (z.B. durch das Versorgungsamt)
 nein ja, bei

③ Eigener Leistungsanspruch aufgrund von Beihilfevorschriften? (angeben, wenn Patient mitversicherter Ehegatte ist)
 nein
 ja bei: BEV, Empfänger-Nr. Anderem Dienstherrn:

10 Angaben zu Einkünften des mitversicherten Ehegatten, wenn für diesen Leistungen beantragt werden

① Der Ehegatte hatte im Vorvorkalenderjahr keine Einkünfte
Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten lag im Vorvorkalenderjahr
 unter 17.000 EUR zwischen 17.000,- und 18.000 € über 18.000 €

② Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte
Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten wird im laufenden Kalenderjahr vsl.
 unter 17.000 EUR zwischen 17.000,- und 18.000 € über 18.000 € liegen

11 Rentenversicherungsangaben bei beantragter Leistung für mitversicherte Ehegatten und Hinterbliebene

① Wurden **mindestens 60 Monatsbeiträge** zur **Gesetzlichen Rentenversicherung** gezahlt? (Pflichtbeiträge, freiwillige Beiträge, Versorgungsausgleich wegen Auflösung der Ehe, anerkannte Kindererziehungszeiten und Nachversicherung)
 nein ja
Wurden Rentenbeiträge erstattet? nein ja, im Jahre für die Zeit bis

② Wird Rente aus Gesetzlichen Rentenversicherung bezogen oder ist Rente beantragt?
 nein ja, Rentenbezug seit von der wegen

Falls ja: Wird die AHB wegen einer bösartige Neubildung (Krebserkrankung) beantragt? nein ja

12 Angaben zur beantragten Leistung für ein Kind

① Wird das Kind im Familienzuschlag des Antragstellers nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigt?
 nein ja, bis wegen
(bei Kindern über 18 Jahren den Grund angeben)

② Hat eine andere Person als der Antragsteller einen Anspruch auf Beihilfe für das Kind?
 nein ja, Name des Beihilfeberechtigten: und Dienstherr:

Wurden diese Leistungen dort beantragt? nein ja

Bitte hier die Patientendaten eintragen:	Name, Vorname	Geburtsdatum
--	---------------	--------------

13 Beantragte Leistung (zwischen ① und ② auswählen)

① **Anschlussheilbehandlung mit Einweisung und Direktabrechnung durch die KVB**

Behandlungsform: stationär teilstationär / **ganztägig ambulant (nicht EAP)**

Die KVB erteilt einer geeigneten AHB-Einrichtung im Inland den Behandlungsauftrag und weist Sie dorthin ein.

Mir ist bekannt, dass ich einen Teil der Aufwendungen (Eigenbehalt) selbst zu tragen habe. Die KVB wird mit der Rehabilitationseinrichtung die Aufwendungen der bewilligten und durchgeführten Maßnahme abrechnen und mir danach meinen Eigenbehalt, der von der KVB vorgelegt wurde, in Rechnung stellen. Der Eigenbehalt kann durch Überweisung, Lastschrift oder Abzug von den Bezügen beglichen werden. **Wahlleistungen (z.B. besondere Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung) werden nicht bezuschusst**

② **Anschlussheilbehandlung ohne Einweisung durch die KVB**

Ich werde selbst eine geeignete AHB-Einrichtung auswählen, den Aufnahme Termin vereinbaren und die Aufwendungen der AHB selbst bezahlen. Danach kann ich den Zuschuss bei der KVB-Hauptverwaltung beantragen.

Die genehmigte AHB darf im Inland nur in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, die entweder einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V haben oder einen solchen Versorgungsvertrag nicht besitzen, jedoch die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 SGB V erfüllen. Die Behandlung kann auch von einem qualifizierten Leistungserbringer in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union erbracht werden, der im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen ist. Die Genehmigung zur Durchführung außerhalb der Europäischen Union kann nur ausnahmsweise erfolgen, die Entscheidung erfolgt im Einzelfall.

Bei pauschaler Abrechnung im Inland kann höchstens der aufgrund des eines Versorgungsvertrags nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V geltende Pflegesatz als zuschussfähig anerkannt werden. Bei Durchführung der AHB in Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2 zuschussfähig. Nähere Angaben sind dem Tarif der KVB und dessen Anlage 1 zu entnehmen.

Bei Rehabilitationseinrichtungen außerhalb Deutschlands wird für Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz der Einrichtung bezuschusst unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig

Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben geahndet werden können und Kostenersatz verlangt werden kann.

Ich willige ein, dass die KVB im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung von den Ärzten und Einrichtungen, die im Antrag angegeben wurden oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle für die Entscheidung über den Antrag benötigten ärztlichen Auskünfte anfordert und entbinde die entsprechenden Ärzte und Einrichtungen hierfür von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Weiterhin willige ich ein, diese ärztlichen Unterlagen der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung zu stellen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten für die Bearbeitung dieses Antrags erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich willige weiterhin ein, dass die KVB zur Bearbeitung der beantragten Leistung einem externen Dienstleister für medizinische Begutachtungen die überlassenen ärztlichen Unterlagen zur gutachterlichen Stellungnahme übermittelt. Die Liste der eingesetzten Gutachter kann ich dem Internetauftritt der KVB entnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass dieser Dienstleister die zur gutachterlichen Stellungnahme erforderlichen Daten gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst, verarbeitet und nutzt.

Ich bin mit der Übersendung des ärztlichen Entlassungsberichtes über die Rehabilitationsmaßnahme an die KVB, Abteilung Rehabilitation einverstanden, sofern ich diese Erklärung nicht widerrufe.

14

Unterschrift(en)

Ort, Datum

Patient (Bevollmächtigter)
(nicht notwendig bei Kindern bis 14 Jahre)

Antragsteller (Bevollmächtigter)
(Hauptversicherter/Beihilfeberechtigter)

Hinweis: Die Unterschrift des Antragstellers (KVB-Hauptversicherter bzw. Beihilfeberechtigter des BEV) ist bei mitversicherten Familienangehörigen (z.B. Ehegatte oder Kind) unbedingt erforderlich!

Den unterschriebenen Antrag senden Sie bitte zusammen mit dem ärztlichen AHB-Befundbericht an die:

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung
Abteilung Rehabilitation
Postfach 20 02 53
60606 Frankfurt am Main
Fax: (069) 24703-380, Telefon: (069) 24703-386 (für Auskünfte)