

### Antrag auf Anschlussheilbehandlung

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

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

<b>1 Angaben zur Patientin / zum Patienten</b>			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
<b>2 Angaben zum Antragsteller (KVB-Hauptversicherter/Mitglied bzw. Beihilfeberechtigter des BEV)</b> <small>(Name und Anschrift nur erforderlich, wenn abweichend zu Patientin / Patienten)</small>			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
Telefonisch tagsüber erreichbar unter (Angabe freiwillig):	E-Mail (Angabe freiwillig):		
<b>Mitglied der KVB?</b> <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:			
<b>3 Erhält der Antragsteller beamtenrechtliche Bezüge?</b> (Gehalt, Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge)			
<input type="checkbox"/> ja, von <input type="checkbox"/> Bundeseisenbahnvermögen (BEV)			
<input type="checkbox"/> Anderem Dienstherrn: .....			
<input type="checkbox"/> nein, beurlaubt zu: .....			
<b>4 Steht die beantragte Anschlussheilbehandlung im Zusammenhang mit den Folgen einer Verletzung, eines Unfalls, einer Berufskrankheit oder einer Wehrdienstbeschädigung?</b>			
<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): .....			
<b>5 Familienzuschlag des Antragstellers</b> (Angabe nur bei aktiven Beamten erforderlich)			
Bezieht der Antragsteller den Familienzuschlag nach Bundesbesoldungsgesetz für zwei oder mehr Kinder?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name ..... geb. am: ..... anerkannt bis .....			
<input type="checkbox"/> ja, Name ..... geb. am: ..... anerkannt bis .....			
<b>- Wird von der KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation bearbeitet -</b>			
<input type="checkbox"/> AHB mit Einweisung nach ..... vsl. Pflegesatz: ..... EUR			
<input type="checkbox"/> AHB ohne Einweisung <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Anderweitige Erledigung			
Beihilfesatz: ..... % bis .....			
<input type="checkbox"/> EL-Nr.	KVB - Reha		Antragsnummer
	(Namenszeichen)	(Datum)	

**Den Antrag bitte in Druckschrift ausfüllen, zutreffendes ankreuzen und auf der letzten Seite unterschreiben!**

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

**Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Patientin / den Patienten**

**6 Ist eine Schwerbehinderung anerkannt?**  
 nein  ja, mit Merkzeichen: ..... und gültig bis: .....

**7 Wird Pflegegeld gezahlt?**  
 nein  ja mit Pflegegrad: 1  2  3  4  5   
 und zwar von:  KVB  sonstiger Pflegeversicherung

**8 Bestehen Ansprüche aus gesetzlicher/privater Krankenversicherung/anderen Rechtsvorschriften?**  
 nein  ja  
 Falls ja, aufgrund

①  gesetzlicher Krankenversicherung:  pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  
 privater Krankenversicherung (**außer** Restkostenversicherung und KVB)  
 Name der Krankenversicherung: .....

②  Rechtsvorschriften (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz) bei .....

③  Beihilferegulungen (bei beantragter Leistung für mitversicherte Ehegatten)  
 BEV, Empfänger-Nr.: .....

Anderem Dienstherrn: .....

**9 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, 5a EStG) des Ehegatten lag im Vorvorkalenderjahr  
 unter 20.000 EUR  über 20.000 EUR

②  Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte  
 Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten wird im laufenden Kalenderjahr vsl.  
 unter 20.000 EUR  über 20.000 EUR liegen

**10 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 bösartiger Neubildung (Krebserkrankung) beantragt?  nein  ja

**11 Bei beantragter Leistung für ein Kind**

① Ist 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
--	---------------	--------------

**12 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 Rehabilitationseinrichtung 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 als Selbstzahler (ohne Einweisung durch die KVB)**

Ich werde selbst eine geeignete Rehabilitationseinrichtung auswählen, den Aufnahmetermin 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 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 Durchführung der AHB in Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2 zuschussfähig.

**Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig**

**13 Erklärung und Information der Patientin / des Patienten**

Im Internetauftritt der KVB finden Sie auch Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten.

① **Ich willige ein**, dass die KVB im Zusammenhang mit der Bearbeitung des AHB-Antrags 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, dass die KVB den Rehabilitationseinrichtungen die ärztlichen Unterlagen zur Verfügung stellt.

**Ich willige ein**, dass die KVB die in dem AHB-Antrag und den medizinischen Befunden enthaltenen besonderen personenbezogenen Daten für die Bearbeitung dieses Antrags gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhebt, verarbeitet und nutzt.

**Ich willige ein**, dass die KVB zur Bearbeitung der beantragten Leistung die überlassenen ärztlichen Unterlagen zur gutachterlichen Stellungnahme an einen Vermittlungsdienstleister übermittelt, der diese in der Folge an einen externen medizinischen Dienstleister / Gutachter weitervermittelt. Ich bin auch damit einverstanden, dass der Vermittlungsdienstleister sowie der medizinische Dienstleister / Gutachter die zur gutachterlichen Stellungnahme erforderlichen Daten gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst, verarbeitet und nutzt.

② **Ich willige ein**, dass die Rehabilitationseinrichtung den ärztlichen Entlassungsbericht zur Anschlussheilbehandlung an die KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation sendet. **Ich willige nicht ein**

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft an die unten angegebene Adresse widerrufen.

**X**

Ort, Datum

**X**

Unterschrift **Patientin / Patient** bzw. Bevollmächtigte(r)

Mit meiner Unterschrift willige ich den Erklärungen 13-1 und 13-2 ein bzw. erkläre bei Ankreuzen von 13-2, dass ich diesem Punkt nicht einwillige. Ohne Ihre Einwilligung zu 13-1 kann die KVB den Antrag nicht abschließend bearbeiten. **Daher ist die Unterschrift für eine Bearbeitung des Antrags unbedingt erforderlich.**

**14 Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben**

**X**

Ort, Datum

**X**

Unterschrift **Mitglied / Fürsorgeberechtigte(r)** bzw. Bevollmächtigte(r)

**Die Unterschrift des Mitglieds / Fürsorgeberechtigte(n) bzw. Bevollmächtigte(n) ist unbedingt erforderlich.**

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

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53, 60606 Frankfurt am Main

**Fax: (069) 24703 380**  
Auskunft: (069) 24703 386

# AHB-Befundbericht

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



**Krankenversorgung  
der Bundesbahnbeamten**

Körperschaft des Öffentlichen  
Rechts

Hauptverwaltung

**Hinweis:** Die **neurologische Frührehabilitation der Phase B** oder **C** ist bei der KVB Bezirksleitung zu beantragen.

<b>Vorgeschlagene Rehabilitationsform:</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär / <b>ganztagig ambulant (nicht EAP)</b>		
<b>1</b> Name und Anschrift des Krankenhauses / Stempel		Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer und Fax
<b>2</b> Name der Patientin / des Patienten		Vorname der Patientin / des Patienten
Straße und Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl	Wohnort	Krankenhausaufnahme-tag
<b>3</b> <b>Vorgesehene AHB-Einrichtung:</b> Es sollte nur in eine AHB-Einrichtung eingewiesen werden, die aktuell auch von der DRV belegt wird.		vsl. Krankenhausentlassungstag
<b>3.1</b> <input type="checkbox"/> Nächstgelegene, geeignete AHB-Einrichtung (Anschrift):		
<b>3.2</b> <input type="checkbox"/> <b>Klinik Königstein der KVB, 61462 Königstein im Taunus</b> für Herz/Kreislauf/Gefäße, Orthopädie, Stoffwechsel und Endokrinologie, bei bis zu 200 km Entfernung		
<b>3.3</b> <input type="checkbox"/> Besonderer Patientenwunsch (Anschrift):		
<b>4</b> Wir bitten den Sozialdienst, bei der vorgesehenen AHB-Einrichtung einen Aufnahmetag reservieren zu lassen.		vsl. Aufnahmetag
<b>5</b> <b>Diagnose für die AHB</b> (bei Malignomen TNM-Klassifizierung und Stadiumeinteilung angeben, histologische Befunde beifügen)		
		Hauptdiagnose nach ICD-10-GM
<b>6</b> Krankheitsverlauf, Komplikationen, Risikofaktoren		
<b>7</b> Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall oder Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Unfallfolgen		
<b>8</b> <b>Wesentliche Befunde - klinisch und medizin-technisch - (bitte in Kopie beifügen)</b>		
Gewicht:                      kg                      Größe:                      cm		
<b>9</b> <b>Weitere behandlungsrelevante Erkrankungen, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade:</b> <input type="checkbox"/> keine / keine bekannt		
Gültiger Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen B <input type="checkbox"/> oder BL <input type="checkbox"/> ?		

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

### 10 Derzeitige Therapie

**11 Behandlungsschwerpunkt:**  Orthopädie  Neurologie  Geriatrie

### 12 Kann die Patientin / der Patient

– ohne fremde Hilfe essen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
– sich alleine waschen und anziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Liegen Katheter /Drainagen /Sonden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
– sich alleine auf der Station bewegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?	
Wunde reizlos / geschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ist eine Infektion / Besiedlung mit multiresistenten Keimen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche Keime? .....		Rollstuhlfahrer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist die Patientin / der Patient situativ / örtlich / zeitlich orientiert?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Falls nein, genauere Angaben (neurologisches Fähigkeitsprofil, Barthel-Index):

Für die Anreise ist möglich:  öffentliches Verkehrsmittel  Kraftfahrzeug  
 Begleitperson erforderlich  Taxi erforderlich  Krankentransport erforderlich

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel, Telefonnummer

Diesen AHB-Befundbericht senden Sie bitte zusammen mit dem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen AHB-Antrag der KVB spätestens 7 Arbeitstage vor der geplanten Verlegung an die:

**Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53  
60606 Frankfurt am Main**

Fax: (069) 24703 380  
Tel: (069) 24703-386

Anschrift der Klinik Königstein:

Klinik Königstein der KVB Sodener Str. 43 61642 Königstein im Taunus	Internet: www.kvb-klinik.de Tel.: 06174/204-0 (Vermittlung), -503 (Aufnahme) Fax: 06174/204-509 (Verwaltung), -549 (ärztlicher Dienst)
--	--