

2 Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (Angaben freiwillig)

Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.

Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.RV-Reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die ARGE Krebs zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (**bis zu drei**) Wünsche zur Auswahl anzugeben.

Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.

Die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

Versicherungsnummer

3 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	

4 Angaben zum Familienstand und Beruf

4.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

5 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 Beamtenrechts	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

Versicherungsnummer

6 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 ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, mindestens 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				

7 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Ort	
telefonisch tagsüber zu erreichen			

Versicherungsnummer

11.7 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

12 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 13

ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
---	---	----------------------------------

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

Land

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)
---	-----------------------------

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

13 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:

14 Dokumentenzugang

14.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

14.2 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)

15 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.argekrebsnw.de/Datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

15.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der ARGE Krebs von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich der ARGE Krebs umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass die ARGE Krebs auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Versicherungsnummer

noch Ziffer **15.1**

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich der ARGE Krebs keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

15.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) 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).

Versicherungsnummer

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse der ARGE Krebs sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
 - ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.
- Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenversicherungen.

15.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) der ARGE Krebs sofort mitzuteilen.

16 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

17 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

17.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
17.2 AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	

Senden Sie Ihre Unterlagen bitte an:

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung
 ARGE Krebs
 Universitätsstr. 140
 44799 Bochum

E-Mail mail@argekrebsnw.de