



## Merkblatt (zum Verbleib bei Patient/in) Ärztlicher Befundbericht CA5-AHB für die Anschlussrehabilitation (AR)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

nach ärztlicher Einschätzung ist – mit Ihrer Zustimmung – nach der derzeitigen Behandlung eine Anschlussrehabilitation erforderlich. Diese wird in spezialisierten Reha-Einrichtungen durchgeführt. Dort erhalten Sie alle therapeutischen Leistungen, die zur Erreichung Ihres Rehabilitationszieles erforderlich sind. Die Anschlussrehabilitation soll zeitnah nach dem Ende der Akutbehandlung beginnen.

Die Arbeitsgemeinschaft ist bemüht, das Verwaltungsverfahren so einfach wie möglich zu gestalten. Deshalb benötigen wir neben einem Befundbericht lediglich Ihre **Zustimmungserklärung**.

Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus und vergessen Sie auch nicht zu unterschreiben.

Geben Sie die Zustimmungserklärung anschließend Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder im Krankenhaus dem/der Mitarbeiter/in des sozialen Dienstes. Diese senden Ihre Zustimmungserklärung dann zusammen mit dem medizinischen Befundbericht direkt an die Rehabilitations-Einrichtung oder an uns.

Die Rehabilitations-Einrichtung wird sich kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen. Sie teilt Ihnen den Aufnahmetermin mit und weitere Informationen zu Ihrer Anreise und Ihrem Reha-Aufenthalt.

Die Fahrt zur Rehabilitations-Einrichtung soll grundsätzlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem eigenen PKW durchgeführt werden. Die Kosten werden übernommen.

**Bitte beachten Sie die im Anhang zusammengefassten häufig gestellten Fragen zu den Reha-Maßnahmen und die entsprechenden Antworten!**

Mit den besten Wünschen für eine erfolgreiche Anschlussrehabilitation und Ihre Genesung

*Ihre Arbeitsgemeinschaft*

## FAQ/häufig gestellte Fragen zur Anschlussrehabilitation

### Wie wird eine Anschlussrehabilitation organisiert?

Grundsätzlich wird eine Anschlussrehabilitation vom behandelnden Krankenhaus, der onkologischen Praxis oder dem Strahleninstitut organisiert. Einer besonderen Antragstellung durch Sie bedarf es nicht; Sie müssen lediglich die Zustimmungserklärung abgeben.

Die Anschlussrehabilitation soll zeitnah nach dem Ende der Akutbehandlung beginnen. Den Aufnahmetermin erfahren Sie von der Rehabilitations-Einrichtung.

### Was bedeutet „zeitnah“?

Nach Krankenhausentlassung bzw. Ende der Chemotherapie soll die Aufnahme in der Reha-Einrichtung innerhalb von 14 Tagen erfolgen.

Nach einer Strahlentherapie dürfen zwischen der letzten Bestrahlung und dem Beginn der Anschlussrehabilitation 4 Wochen liegen; bei Bestrahlung im Kopf-Halsbereich (das gilt *nicht* für eine Bestrahlung des Gehirns) 10 Wochen.

### Habe ich die Möglichkeit, Wünsche hinsichtlich der Rehabilitations-Einrichtung zu äußern?

Gern können Sie Ihre Wünsche zur Region, zum Ort oder zu einer speziellen Rehabilitations-Einrichtung nennen. Bei der Auswahl der Rehabilitations-Leistung wird dies berücksichtigt.

Ist eine zeitnahe Aufnahme in der von Ihnen gewünschten Rehabilitations-Einrichtung nicht möglich, kann einer Anschlussrehabilitation in dieser Einrichtung nicht zugestimmt werden.

### Wie hoch ist die Zuzahlung bei Anschlussrehabilitation?

Für die stationäre Anschlussrehabilitation muss in der Rentenversicherung eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag für höchstens 14 Tage geleistet werden.



Die Tage der Krankenhausbehandlung im selben Kalenderjahr werden hierauf angerechnet. Bei einer ganztägig ambulant durchgeführten Anschlussrehabilitation ist keine Zuzahlung zu leisten.

Eine Befreiung Ihrer Krankenkasse von Zuzahlungen kann nicht berücksichtigt werden.

### **Welche Reisekosten werden bei Benutzung eines privaten Kfz übernommen?**

Benutzen Sie für die Fahrt zur Rehabilitations-Einrichtung ein privates Kfz, wird Ihnen eine Wegstreckenentschädigung gezahlt. Diese beträgt 0,20 Euro pro Kilometer; maximal werden jedoch nur 130 Euro für die gesamte Reise erstattet.

### **Aus gesundheitlichen Gründen benötige ich ein Taxi; was muss ich tun?**

Sofern eine Fahrt mit dem Taxi zur Rehabilitations-Einrichtung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, setzen Sie sich bitte umgehend mit der Arbeitsgemeinschaft in Verbindung. Wir werden uns in diesem Fall bemühen, eine wohnortnahe Einrichtung mit Abholservice mit der Durchführung der Anschlussrehabilitation zu beauftragen.

### **Während meiner Anschlussrehabilitation benötige ich wegen Art und Schwere meiner Erkrankung eine Begleitperson. Ist eine Übernahme der Kosten möglich?**

Einer Begleitperson kann nur in besonderen Einzelfällen zugestimmt werden. Voraussetzung hierfür ist ein Antrag, in welchem insbesondere die medizinische Erforderlichkeit einer Begleitperson dargelegt wird. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich rechtzeitig vor Beginn der Rehabilitation mit der Arbeitsgemeinschaft in Verbindung; eine nachträgliche Kostenübernahme ist grundsätzlich nicht möglich.

Das Merkzeichen „B“ /Notwendigkeit der ständigen Begleitung im Schwerbehindertenausweis bezieht sich ausschließlich auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und berechtigt *nicht* zur Übernahme der Kosten einer Begleitperson während der Rehabilitation.

### **Wer übernimmt die Kosten für die Betreuung meines Kindes, wenn ich eine Anschlussrehabilitation durchführe?**

Die Arbeitsgemeinschaft übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen und in begrenztem Umfang die Kosten für eine Haushaltshilfe.

Ist eine Haushaltshilfe nicht möglich oder nicht sinnvoll, können Sie Ihr Kind unter Umständen in die Reha-Einrichtung mitnehmen.

Sowohl für die Erstattung der Kosten einer Haushaltshilfe als auch der Mitnahme des Kindes in die Rehabilitations-Einrichtung benötigen wir von Ihnen das vollständig ausgefüllte Antragsformular (CA0581).

### **Wie beantrage ich Übergangsgeld?**

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Sie Übergangsgeld für die Dauer der Anschlussrehabilitation.

Nähere Informationen erhalten Sie im Bescheid über die Bewilligung der Anschlussrehabilitation, der Ihnen im Laufe der Rehabilitationsleistung zugehen wird.

Beziehen Sie bereits Krankengeld, brauchen Sie nichts zu tun. Die Arbeitsgemeinschaft wird in diesem Fall die Berechnungswerte von Ihrer Krankenkasse erfragen und die Zahlung des Übergangsgeldes vornehmen.

### **Wann wird das Übergangsgeld ausgezahlt?**

Die Zahlung des Übergangsgeldes erfolgt nach Beendigung der Anschlussrehabilitation. Eine Vorschusszahlung ist möglich. Bitte wenden Sie sich hierzu im Laufe der Anschlussrehabilitation an den Sozialdienst der Rehabilitations-Einrichtung.



## Zustimmungserklärung

Bitte ausfüllen, unterschreiben und Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt geben. Wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zusammen mit dem Befundbericht an die Reha-Einrichtung oder an uns gesendet.

### 1. Anschrift des Krankenhauses/der onkologischen Praxis/des Strahleninstituts

Name \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### 2. Zustimmung zur Anschluss-Rehabilitation

Ich willige ein, dass für mich im Anschluss an die jetzige Behandlung eine medizinische Leistung zur Rehabilitation durchgeführt wird. Ich habe Anspruch gegenüber

#### a) der gesetzlichen Krankenversicherung

nein  ja   
aufgrund  eigener Versicherung  
 der Versicherung des Ehe-/Lebenspartners bzw. eines Elternteils

#### b) der Rentenversicherung

nein  ja   
aufgrund  eigener Versicherung  
 der Versicherung des Ehe-/Lebenspartners bzw. eines Elternteils

### 3. Ihre Daten (Patient/in)

Nachname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer (RV)  
\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)  
\_\_\_\_\_  
BIC (Bank Identifier Code)  
\_\_\_\_\_

Geldinstitut  
Name \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin/Kontoinhaber  
Nachname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_

### Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

X Datum \_\_\_\_\_

X Unterschrift \_\_\_\_\_



Name Patient, Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**4. Angaben zum Familienstand und Beruf**

Familienstand

- (0) ledig                       (2) geschieden  
 (1) verheiratet               (3) verwitwet

Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit  
(möglichst genaue Bezeichnung)

---

---

Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben

- (0) nicht erwerbstätig  
(z.B. Hausfrau, nicht erwerbstätiger  
Rentner, Vorruhestandsgeldempfänger)
- (1) Auszubildender (Lehrling, Anlernling,  
Praktikant, Volontär, Student)
- (2) ungelernter Arbeiter  
(nicht als Facharbeiter tätig)
- (3) angelernter Arbeiter in anerkanntem  
Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)
- (4) Facharbeiter
- (5) Meister, Polier
- (6) Angestellter
- (7) Beamter/DO-Angestellter, Versorgungs-  
empfänger i.S. des Beamtenrechts
- (8) Selbständiger

**5. Arbeit vor Antragstellung**

- (0) nicht erwerbstätig  
(nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)
- (1) Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht/  
Akkord/Nachtschicht
- (2) Ganztagsarbeit mit Wechselschicht/  
Akkord
- (3) Ganztagsarbeit mit Nachtschicht
- (4) Teilzeitarbeit weniger als die Hälfte  
der üblichen Arbeitszeit
- (5) Teilzeitarbeit mindestens die Hälfte  
der üblichen Arbeitszeit
- (6) ausschließlich Hausfrauentätigkeit

- (7) arbeitslos i.S. des SGB III
- (8) Heimarbeit
- (9) Beschäftigung in einer Werkstatt  
für behinderte Menschen
- 

**6. Arbeitgeber**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

-----

**7. Ihre gewünschte Reha-Einrichtung**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

-----

**8. Daten des Krankenkassen-Mitglieds**

Bitte nur ausfüllen, falls Sie nicht selbst bei der Kranken-  
kasse Mitglied sind, sondern über den Ehe-/Le-  
benspartner oder einen Elternteil mitversichert sind.

Bitte tragen Sie hier die Personalien des Mitglie-  
des ein, über das Sie mitversichert sind.

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**9. Eingangsstempel Reha-Einrichtung**  
(Wird von der Reha-Einrichtung ausgefüllt)





Name Patient, Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**Diagnose und Lokalisation der malignen Erkrankung** (Bitte Freitextangabe)

\_\_\_\_\_

**Diagnoseschlüssel (ICD)**   . **Tumorstadium/TNM-Klassifikation** T  N  M

ggf. sonstige/s: \_\_\_\_\_

**Histomorphologischer Befund**

(ggf. Grading, WHO-Grad o.a.)

\_\_\_\_\_

**Seit wann ist die Krankheit bekannt?**

(Monat/Jahr der Diagnose)

\_\_\_\_\_

**Operation/en?** nein  ja

OP-Datum/Daten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Art des/der operativen Eingriff/s/e** kurativ-OP  palliativ-OP**Stationäre/r Aufenthalt/e**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Medizinische Reha-Maßnahme/n**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Spezifische antineoplastische medikamentöse Behandlung** (z.B. Zytostatika, Immun-, Hormon-, o.a. Therapie) nein  ja

Präparate \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Strahlentherapie** nein  noch nicht geklärt  ja

Art \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Wundheilungsstörungen** nein  ja**Infektionsproblematik (z.B. MRSA)** nein  ja**Begleiterkrankung/en**

Diagnose/n \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ggf. medikamentöse Behandlung/en**

Präparate \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abhängigkeitsproblematik** nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Beeinträchtigung**

des Patienten/der Patientin durch

 Anus praeter  Medikamentenallergie Dauerkatheter  Tracheostoma Harninkontinenz  hochgradige Sehschwäche/Blindheit Stuhlinkontinenz  Gehörlos Lymphödem  psych. Beeinträchtigung/Erkrankung Rollstuhl sonstige \_\_\_\_\_



Name Patient, Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**Eingehender Allgemeinbefund**

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Puls \_\_\_\_\_ /Min      RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Karnofsky \_\_\_\_\_ %

**Name der Ärztin/des Arztes**

Name \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Kann die Patientin/der Patient**

– ohne Fremde Hilfe essen?       nein       ja

– sich alleine waschen  
und anziehen?       nein       ja

– sich alleine auf der Station  
bewegen?       nein       ja

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ist der/die Erkrankte allein mit öffentlichen  
Verkehrsmitteln/dem privaten PKW reisefähig?**

nein       ja

**Ist eine Begleitung für die Anreise aus medizini-  
schen Gründen erforderlich?**

nein       ja

**Ist ein Taxi-Transport erforderlich?**

nein       ja

**Ist ein Krankenwagen-Transport erforderlich?**

nein       ja

Stempel Ärztin/Arzt/Krankenhaus

**Medizinische Stellungnahme der  
Reha-Einrichtung**

Die persönlichen Voraussetzungen nach §2 der  
Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft sind erfüllt

nein       ja

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

