



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.

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KREBSBEKÄMPFUNG

der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung
im Lande Nordrhein-Westfalen

Postfach 10 01 04 · 44701 Bochum | Telefon (02 34) 89 02-0 · Fax (02 34) 89 02-555



Zustimmungserklärung **CA5-AHB | 3**

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 _____

Telefon _____

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 _____

 Datum _____

 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, Versorgungsempfänger 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 Krankenkasse Mitglied sind, sondern über den Ehe-/Lebenspartner oder einen Elternteil mitversichert sind.

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

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

9. Eingangsstempel Reha-Einrichtung

(Wird von der Reha-Einrichtung ausgefüllt)



Ärztlicher Befundbericht für Anschlussrehabilitation (AR)

Anschlussrehabilitationen werden für Patienten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, wenn wegen einer onkologischen Erkrankung eine Operation, eine zytostatische Behandlung oder eine Strahlentherapie statt gefunden hat und letztere zumindest vorläufig abgeschlossen ist.

Am Tag des Reha-Antritts muss die Patientin/der Patient frühmobilität sein (d.h. sie/er soll in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, sich anzuziehen und sich auf Stationsebene zu bewegen).

Eine ausreichende Belastbarkeit der Patientin/des Patienten für die Reha-Maßnahme muss gegeben sein.

Die Reise zur Reha-Einrichtung soll grundsätzlich mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bzw. mit eigenem PKW durchgeführt werden können. In besonderen Ausnahmefällen kann der Benutzung anderer Beförderungsmittel (z.B. Mietwagen, Krankenwagen) in Abstimmung mit der Reha-Einrichtung und der Arbeitsgemeinschaft zugestimmt werden.

Anschrift des Krankenhauses/der onkologischen Praxis/des Strahleninstituts

Name _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Datum/Ort _____

Personalien der Patientin/des Patienten

Rentenversicherungsnummer (RV)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Falls der Patient nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse ist, bitte Personalien des Mitgliedes eintragen.

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Reha-Einrichtung

Datum der vorgesehenen Aufnahme
in der Reha-Einrichtung _____

BITTE BEACHTEN:

Ggf. bekannte Gründe für Nichteinhalten der AR-Frist (Medizinische Begründung!)



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**

X Datum _____

X 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

X Datum _____

X Unterschrift _____

Postfach 10 01 04 · 44701 Bochum / Telefon (02 34) 89 02-0 · Fax (02 34) 89 02-555

CA5-AHB

Anschrift der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

**Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes/
des Krankenhauses**

Stempel

Stempel

X Datum _____

X Unterschrift _____

[illegible]

Name _____

Ort _____

Nachname, Vorname bzw. Institutsname

[illegible][illegible]