

# Oberlinklinik

## Vorreservierung einer Anschlussheilbehandlung bei Hüft- und Knie Totalendoprothesen (TEP)

Name, Vorname\*

Straße/ Hausnummer\*

Postleitzahl/ Ort \*

Geburtsdatum \*

Telefonnummer \*

E-Mailadresse (bitte für Nachfragen und Terminänderungen angeben)

Tag der OP \*

Diagnose/ was wird operiert \*

Knie-TEP  Hüft-TEP

Seite

rechts  links

Bitte teilen Sie uns Ihre Krankenversicherungsdaten mit

Krankenversicherung \*

Versicherten-/Servicenummer \*

Haben Sie einen Pflegegrad? \*

Ja  Nein

Bitte teilen Sie uns Ihren Pflegegrad mit \*

Werden Sie von einem Pflegedienst unterstützt? \*

Ja  Nein

Bitte teilen Sie uns den Pflegedienst mit \*

Werden Sie von Angehörigen oder Bekannten unterstützt? \*

Ja  Nein

Bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten mit (Name, Telefonnummer, E-Mailadresse) \*

Bitte teilen Sie uns Ihren Unterstützungsbedarf mit (z. B. Hilfe zur Grundpflege, Hauswirtschaftshilfe) \*

## Berufsstand

Beziehen Sie Rente? \*

ja  nein

Wurde in den letzten 6 Monaten eine Rente beantragt?

ja  nein

Welche Art der Rente beziehen Sie? \*

Altersrente  Erwerbsminderungsrente

Ist Ihre Rente

befristet  unbefristet

Bitte senden Sie uns das Abfragedokument der DRV ausgefüllt und unterschrieben, per EMail zu! (Info-Button\*)

\*Sie finden das Dokument zur Abklärung der Leistungsansprüche in unserem Downloadbereich. Weil ggf. aus einem früheren Angestelltenverhältnis, Studentenjob etc. Leistungsansprüche gegenüber der DRV bestehen.

Sind Sie Arbeitnehmer/ Selbstständig? \*

Ja  Nein

Link: [Homepage](#) | [Faxmitteilung an den Rentenversicherungsträger - Einwilligungserklärung zur Datenabfrage - Einleitung einer Anschlussrehabilitation \(AHB\) - Klärung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen durch den Sozialdienst des behandelnden Krankenhauses](#) | [Deutsche Rentenversicherung](#) ([deutsche-rentenversicherung.de](#))

Bitte teilen Sie uns Ihren Rentenversicherungsträger mit: \*

DRV Bund  DRV Berlin-Brandenburg  DRV KnappschaftBahnSee  DRV Mitteldeutschland  sonstige

Name Rentenversicherungsträger \*

Rentenversicherungsnummer \*

Haben/ Hatten Sie einen Beamtenstatus? \*

Ja  Nein

Bitte teilen Sie uns den Namen Ihrer Beihilfe mit

Personalnummer

Adresse Ihrer Beihilfestelle

Faxnummer Beihilfestelle

## Fragen zur Anschlussheilbehandlung

Welche Form der Anschlussheilbehandlung wünschen Sie? \*

ambulant  stationär

Haben Sie einen Wunsch hinsichtlich der Einrichtung für Ihre Anschlussheilbehandlung? \*

Ja  Nein

Wunschlinik für Rehabehandlung

\*Zur Information: Die gewünschte, orthopädische Rehaklinik muss innerhalb eines Umkreises von maximal 200km von Ihrem Wohnort liegen und als Vertragsklinik ihres Kostenträgers registriert sein und über freie Kapazitäten verfügen.

Eine individuelle Beratung zum Rehav erfahren findet während Ihres stationären Aufenthaltes, durch den Sozialdienst der Oberlinklinik, statt.

Zur Vorbereitung eines Rehaplatzes, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Größe \*

Gewicht \*

## Bemerkungen

Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bestimmungen der DSGVO zu. \*

Ja

Ich stimme dem Entlassmanagement nach §39 Abs. 1a SGB V zu \*

ja

Link zum Gesetzestext Entlassmanagement:

[§ 39 SGB 5 - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/s_39_sgb_5/)