

Weil Sie uns wichtig sind ...

Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen

1. Ich beantrage folgende Leistung:

- ambulante Vorsorge in anerk. Kurorten stationäre Vorsorge
 Vorsorge für Mütter/Väter Vorsorgeleistung für Mutter-Kind/Vater-Kind
 Rehabilitation für Mütter/Väter Rehabilitationsleistung für Mutter-Kind/Vater-Kind
 ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

Für <input type="checkbox"/> mich selbst	Geburtsdatum		
Für <input type="checkbox"/> mein Kind	Vorname	Name	Geburtsdatum

2. Angaben zur Lebenssituation

- allein lebend mit (Ehe-)Partner/-in mit/bei Kindern Rentner/in
 Betreutes Wohnen

3. Kinder ¹

Anzahl:

Vorname(n)	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend	
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹ Nur ausfüllen, wenn mindestens noch ein Kind im Haushalt lebt.

4. Erkrankung ist Folge

- einer Berufskrankheit/eines Schülerunfalls/eines Arbeitsunfalles
- eines (sonstigen) Unfalls einer anerkannten Schädigung im Sinne des BVG
- einer ärztlichen Fehlbehandlung (z.B. OP-Fehler, Narkoseschaden, Injektionschaden, Fehler bei der Geburtshilfe)

5. Erhalten Sie Leistungen nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) wegen eigener Pflegebedürftigkeit?

nein ja Pflegestufe _____

Beantragt? ja, am _____ nein

6. Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

ja Ausweis liegt vor? ja nein Grad der Behinderung? _____ %

„Gehbehinderung“ ja nein
„Außergew. Gehbehinderung“ ja nein

nein Antrag gestellt? ja, am _____ nein

7. Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV)

Wurden in den letzten 2 Jahren vor Antragsstellung 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge zur RV für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet?

ja nein

Wenn nein, können Sie für 60 oder 180 Kalendermonate Beitrags- oder Ersatzzeiten in der RV nachweisen?

(Hierzu zählen auch Kindererziehungszeiten sowie im Rahmen des Versorgungsausgleichs erworbene Rentenanwartschaften.)

ja, für 60 Kalendermonate ja, für 180 Kalendermonate nein

An welchen RV- Träger wurden zuletzt Beiträge entrichtet?

Deutsche Rentenversicherung _____ Deutsche Rentenversicherung Bund

Wurde in der Vergangenheit jemals ein Beitrag an die Bundesknappschaft entrichtet?

ja nein

8. Wurden in den letzten 4 Jahren Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenkasse oder anderer Sozialleistungsträger durchgeführt?

nein ja, welche?

	1. Maßnahme	2. Maßnahme
Art(Vorsorge/Rehabilitation)		
Ort und/oder Einrichtung		
Vom/bis		
Leistungsträger		

9. Derzeit/zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

- selbstständig/angestellt 3-Schichtdienst Nachtarbeit

Anzahl der durchschnittlichen Arbeitsstunden je Woche? _____ St./Woche

- Hausfrau/Hausmann Elternzeit arbeitslos seit _____

- nicht berufstätig seit _____ erlernter Beruf _____

- Rentner/-in seit _____ Rentenantragsteller/-in seit _____ Vorruhestand seit _____

10. Wie empfinden Sie Ihre ausgeübte Tätigkeit?

- eher entlastend eher belastend

11. Schildern Sie bitte Ihre gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer die Maßnahme beantragt wird:

Beschwerden, Beeinträchtigung: _____

Auswirkungen der gesamten Beschwerden auf das Alltagsleben (Freizeitgestaltung, Einschränkung der sozialen Kontakte):

12. Was belastet Sie besonders?

- Arbeitslosigkeit Arbeitslosigkeit des Partners Ehe-/Partnerschaftskonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Tod eines nahen Angehörigen häufige oder chronische Krankheiten der Kinder
- allein erziehend beengte Wohnverhältnisse finanzielle Sorgen
- Schichtdienst Sonstiges _____

13. Welche entlastenden Beratungs-/Betreuungsangebote und/oder andere Hilfen wurden bzw. werden in Anspruch genommen?

- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung Konfliktberatung Suchberatung
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppe, welche? _____
- Hilfen im Haushalt
- Kinderbetreuung (Kindergarten, Krippe, Tagesmutter, Spielkreis, Nachbarn, Familie etc.)
- Sonstiges: _____

14. Was war für die Antragsstellung ausschlaggebend?²

- Eigene gesundheitliche Probleme Gesundheitliche Probleme eines Kindes
 Sonstiges:.....

15. Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate (Name, Anschrift, Fachrichtung, in Behandlung seit):

Name	Anschrift	Fachrichtung	In Behandlung seit

16. Welche medizinischen Behandlungen bzw. anderen Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Hausärztliche Behandlung Fachärztliche Behandlung Krankengymnastik
 Andere physikalische Therapien (Massagen, Wärmeanwendungen) Elektrotherapie
 Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) Logopädie (Sprach-/Sprechtherapie)
 Physiotherapie
 Patientenschulung Reha-Sport/Funktionstraining
 Hilfsmittelverordnung, welche? _____
 Sonstige: _____

17. Welche (verhaltensabhängige) Risikofaktoren bestehen bei Ihnen?

- Rauchen Zigaretten täglich bis 10 täglich bis 20 über 20
 Pfeife/Zigarren
 Alkohol gelegentlich regelmäßig
 Übergewicht Bewegungsmangel Cholesterinerhöhung Bluthochdruck
 Sonstige: _____

18. Nehmen Sie bedarfsweise/regelmäßig ärztliche verordnete Medikamente ein?

- nein ja wenn ja, welche und wie oft? _____

Nehmen Sie gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?

- nein ja wenn ja, welche und wie oft? _____

19. Ist die Mitnahme eines oder mehrerer Kinder geplant?

- nein ja Wenn ja, wie viele? _____

20. Ist die häusliche Versorgung des/der Kinder während der Maßnahme sicher gestellt?

nein ja Wenn ja, durch wen? _____

21. Bei welcher Krankenkasse sind die Kinder krankenversichert?³

**22. Welche Anforderungen sind an die Einrichtung zu stellen?
(z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät)**

23. Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?⁴

ja nein

24. Bestehen Ihrerseits hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme terminliche Wünsche?

(Bitte bedenken Sie, dass die Einrichtung Ihren Terminwunsch nur bedingt berücksichtigen kann.)

ja vom/bis: _____ vom/bis: _____

Bei Rückfragen bin ich unter der Telefon-Nr.: _____ zu erreichen.⁵

Sofern ich der BKK VICTORIA-D.A.S. ärztliche Unterlagen überlassen habe, die für die Beurteilung meines Antrages erforderlich sind, bin ich mit der Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Sofern im Einzelfall zur Beurteilung des Antrages weitere ärztliche Unterlagen (Arztbefunde, Krankenhausentlassungsberichte o. ä.) erforderlich sind, entbinde ich den Arzt/die Ärztin im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht (§ 60 SGB I) hierfür von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Bitte zurück senden an:

BKK VICTORIA-D.A.S.
Fischerstr. 8
40477 Düsseldorf

oder

BKK VICTORIA-D.A.S.
Thomas-Dehler-Str. 2
81737 München

³ Nur auszufüllen bei Mutter-Kind-bzw. Vater-Kind-Maßnahmen.

⁴ Nur auszufüllen bei ambulanter Rehabilitation am Wohnort.

⁵ Diese Angabe ist freiwillig.