Versicherungsnummer der Person, die die Rehabilitationsleistung beantragt hat

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Antrag der pflegebedürftigen Person auf Versorgung bei Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung durch die Pflegeperson nach § 42a Elftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XI (Anlage)

G0111

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Pflegeperson (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Hinweis: Bitte dem Rehabilitationsantrag der oben genannten Pflegeperson beifügen, wenn die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person gewünscht ist und dies im Rehabilitationsantrag dokumentiert ist.

1 Persönliche Angaben der pflegebedürftigen Person

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Telefon

Name der Krankenkasse, Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens (Pflichtangabe)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Krankenversichertennummer beziehungsweise Versicherungsnummer des privaten Versicherungsunternehmens	

2 Ergänzende Angaben

Mobilitätseinschränkungen (zum Beispiel: Hilfe beim Treppensteigen; auf Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen)

☐ nein ☐ ja, welche:

Kognitive Einschränkungen (zum Beispiel: Demenz; Entwicklungsstörungen bei Kindern)

☐ nein ☐ ja, welche:

G0111-00 DRV
Version 02002 - FORHAQ 3/2024 - Stand 18.10.2024

noch Ziffer **2**

Einschränkungen bei der Selbstversorgung (zum Beispiel beim: Essen / Trinken; Waschen; Ankleiden und Auskleiden)

☐ nein ☐ ja, welche:

3 Angaben zur Anreise

☐ Ich reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem PKW an.

☐ Ich benötige neben der Pflegeperson eine weitere Begleitperson.
Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.

☐ Ich benötige ein besonderes Beförderungsmittel (zum Beispiel Rollstuhltransport).
Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.

Einwilligung in die Unterstützung bei der Organisation der Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson beziehungsweise der Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung sowie Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Ihre Pflegeperson hat einen Antrag auf Leistungen zur stationären Rehabilitation gestellt und wünscht Ihre Mitnahme in die Rehabilitationseinrichtung. Stimmen Sie diesem Wunsch zu, gilt dies als Antrag auf Mitnahme in dieser Einrichtung. Ist eine Mitnahme in derselben Einrichtung, in der Ihre Pflegeperson untergebracht ist, nicht möglich, kann die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen auf Wunsch Ihrer Pflegeperson und mit Ihrer Einwilligung die zeitgleiche Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung koordinieren.
Als nahegelegen sind Einrichtungen zu verstehen, die möglichst bis zu 10 Kilometer von der stationären Rehabilitationseinrichtung entfernt sind, ohne dass dies als starre Grenze zu verstehen ist.

Ich willige ein, dass die Deutsche Rentenversicherung dieses Antragsformular mit den darin enthaltenen Daten zu diesem Zweck an meine Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen weiterleitet.

☐ nein ☐ ja

Ich stimme der Mitnahme in dieselbe stationäre Rehabilitationseinrichtung zu, in der meine Pflegeperson untergebracht ist.

☐ nein ☐ ja

Ich willige für den Fall, dass eine Mitnahme in derselben Rehabilitationseinrichtung nicht möglich ist, in die Koordination der zeitgleichen Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ein.

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer der Person, die die Rehabilitationsleistung beantragt hat | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die Deutsche Rentenversicherung und meine Pflegeperson darüber informieren, ob beziehungsweise, wenn ja, zu welchem Zeitpunkt die Mitnahme in derselben Rehabilitationseinrichtung oder die Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist und sich zum Zwecke der Koordination eines gemeinsamen Aufnahmetermins mit meiner Pflegeperson in Verbindung setzt.

☐ nein ☐ ja

Zur Durchführung des Antragsverfahrens, Genehmigungsverfahrens und Erstattungsverfahrens darf die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen meine dort gespeicherten personenbezogenen Daten (ärztliche Befunde, Angaben zur Pflegebedürftigkeit) sowie die mit diesem Antragsformular mitgeteilten Daten an die Deutsche Rentenversicherung und / oder an die Rehabilitationseinrichtung, in der meine Pflegeperson untergebracht ist, beziehungsweise an eine nahegelegene vollstationäre Pflegeeinrichtung übermitteln.

☐ nein ☐ ja

Falls die von mir auf diesem Antragsformular angegebene Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen für die Bearbeitung dieses Antrags nicht zuständig sein sollte, bitte ich um Weiterleitung an die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen.

☐ nein ☐ ja

Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Die fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass meine Pflegekasse beziehungsweise das private Pflegeversicherungsunternehmen die Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung, in der meine Pflegeperson aufgenommen wurde, oder in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen Person beziehungsweise der Bevollmächtigten / des Bevollmächtigten

Rechtsgrundlagen:
Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung, in der meine Pflegeperson aufgenommen wurde, beziehungsweise zur Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit § 42a Absatz 4 und Absatz 9 SGB XI, § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und § 94 SGB XI, Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) DSGVO in Verbindung mit § 42a Absatz 1, 4 und 9 SGB XI, § 60 SGB I, §§ 67a, 67b und 69 SGB X und § 94 SGB XI, beziehungsweise § 42a Absatz 9 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a), Artikel 7, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.