Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB)

G0250

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Sie können dieses Formular auch elektronisch ausfüllen auf:
www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0250

Anschrift des Rentenversicherungsträgers	Anschrift der Krankenkasse
Anschrift der gewünschten AHB-Einrichtung	Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefon und Telefax

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Beantragte Leistung

☐ **Anschlussrehabilitation (AHB) für Versicherte**

☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**

☐ **Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige**
Anlage (Formular G0255) bitte beifügen!

☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**

2 Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name	Vorname
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	Telefon
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

G0250-00 DRV
Version 24024 - FORHAQ 1/2026 - Stand 29.04.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Mitnahme einer pflegebedürftigen Person (nur bei stationärer medizinischer Rehabilitation)

Ist die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person erforderlich?

☐ nein ☐ ja, Formular G0111 bitte beifügen!

4 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten

4.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

☐ **0** ledig ☐ **1** verheiratet ☐ **2** geschieden ☐ **3** verwitwet

4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

5 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

☐ **0** nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)

☐ **1** Auszubildender (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 im Sinne des Beamtenrechtes

☐ **8** Selbständiger

6 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

☐ **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 Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann

☐ **7** arbeitslos gemeldet

☐ **8** Heimarbeit

☐ **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

7 Krankenkasse

Name

☐ Gesetzliche Krankenkasse

☐ Private Krankenversicherung

Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja, seit

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat — von - bis

☐ nein ☐ ja

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

10 Leistungen des Jobcenters

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?

Name des Jobcenters, Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Sonstige Angaben

11.1 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

11.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

☐ nein ☐ ja

11.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **11**

11.4 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, als Folge einer Gewalttat im Sinne des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

11.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

Bei welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

am

12 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 13

☐ ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Telefon	Telefax

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 5 und 6 Ziffer 15.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

G0250-00 DRV
Version 24024 - FORHAQ 1/2026 - Stand 29.04.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

13 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

14 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc"-Format)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

15 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

15.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Deutsche Rentenversicherung und die AHB-Einrichtung den im Krankenhaus erstellten Befundbericht erhalten.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Wenn ich die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person wünsche, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger das Formular G0111 mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegeversicherung weiterleitet. **Ich willige ein**, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung führt dazu, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

15.2 Information - Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.
Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

15.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.
Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ort, Datum

Unterschrift

16 Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn die Deutsche Rentenversicherung Bund oder die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland zuständig ist.

Datum der Antragsaufnahme	Aufnahme in der AHB-Einrichtung	Rehaeinrichtungsschlüssel der AHB-Einrichtung (6-stellig)	Fachabteilungsschlüssel der AHB-Einrichtung (4-stellig)