



Landwirtschaftliche
 Alterskasse
 Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
 - Rehabilitation -

Leistungsangelegenheit

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Mitgliedsnummer

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir 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 des Ersten Buches 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).

A. Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.

Familienstand

ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
Tag, Monat, Jahr

verwitwet in eingetragener Partnerschaft lebend

B. Angaben zur Beitragszahlung und zum Leistungsbezug

1. Werden oder wurden Beiträge an eine landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) entrichtet?

nein
 ja, und zwar _____
Name des Beitragszahlers falls abweichend vom Antragsteller zu A

_____ Geburtsdatum _____ Mitgliedsnummer bei der Alterskasse

2. Haben Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, ehemals BfA oder regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung, ehemals LVA) entrichtet?

nein
 ja, und zwar
 Pflicht- freiwillige Beiträge

_____ Rentenversicherungsträger _____ Versicherungsnummer

E. Betriebs- und Haushaltshilfe

Wird anlässlich der beantragten Leistung zur Rehabilitation für die Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens/Haushalts Betriebs- oder Haushaltshilfe benötigt?

nein ja

Falls ja, erhalten Sie von uns in Kürze einen entsprechenden Antragsvordruck übersandt, der ausgefüllt vor Beginn des Einsatzes einer Ersatzkraft vorzulegen ist.

Wir weisen darauf hin, dass die Alterskasse für den anlässlich der Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegebenenfalls entstehenden Verdienstaufschlag aus einer außerlandwirtschaftlichen Beschäftigung keine Lohnersatzleistungen übernehmen kann.

F. Terminwunsch

_____ Ausweichtermin _____
 Monat, Jahr Monat, Jahr

G. Zahlungsempfänger bei Überweisungen

Auf welches Konto sollen eventuelle Kostenerstattungen überwiesen werden?

- auf eines meiner beim LSV-Träger bekannten Konten
 auf das nachstehende Konto:

_____ BLZ _____
 Name und Sitz der Bank

 Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person) Kontonummer

H. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.

Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass

- der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind,
- sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 SGB I ergibt,
- hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten, die die Alterskasse im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von mir beantragten Leistung erhalten hat, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben werden dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i.V.m. § 69 SGB X. Ich kann einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass mir eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn ich zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden bin (§ 66 SGB I).

Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse. Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten sowie den kompletten ärztlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung, in der im Bewilligungsfall die Rehabilitationsleistung erbracht wird, bezieht und auswertet.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich der Alterskasse umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 SGB VII, § 116 oder § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Alterskasse und an Dritte herausgegeben und von Ihnen eingesehen und verwertet werden.

Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- oder Unfallversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch und dem Bundesversorgungsgesetz) der Alterskasse sofort mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

I. Antragstellung durch eine andere Person

(bitte Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes beifügen)

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

in Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

Als Anlagen sind beigefügt

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.



Ärztlicher Befundbericht			
Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation			
A. Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)			
Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum		
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort		
B. Angaben zum Befund			
1. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlokalisation	Diagnosesicherheit
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose </div>			
2. Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen			
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			

3.	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)																		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			
4.	Risikofaktoren/Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige _____																		
5.	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> liegen nicht vor																		
6.	Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> Ohne Befund sind folgende Organsysteme <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> Bauchorgane <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem/Psyche von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde) <hr/> <hr/> <hr/> Gewicht _____ kg Größe _____ cm RR _____ mm Hg Puls _____																		
7.	Bisherige Therapien (z. B. Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie) <hr/> <hr/> <hr/>																		
8.	DMP / integrierte Versorgung Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm - DMP)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name des Programms _____ Teilnahme an der integrierten Versorgung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																		
9.	Anregung spezieller Maßnahmen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krankengymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung</td> <td><input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Diätschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Entspannungstherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenschule</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetikerschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Psychotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gefäßtraining</td> <td><input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung</td> <td><input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inhalationen</td> <td><input type="checkbox"/> Ergotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Logopädie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atemgymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining	<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining																	
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie																	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie																	
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining																	
<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie																	
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____																		

10. Gesundheitsschäden sind entstanden durch	
<input type="checkbox"/> Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung
Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in _____
Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?	<input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Sonstige Bemerkungen	

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt	
<input type="checkbox"/> des sozialmedizinischen Dienstes	<input type="checkbox"/> der Reha-Klinik
Antrag erfolgt auf meine Anregung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Honorarabrechnung	
25,00 € (inkl. Schreibgebühren, Porto und beigefügte Fotokopien)	
Kosten für Nebenleistungen werden nicht übernommen.	
_____	_____
Name und Sitz der Bank	BLZ
_____	_____
Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person)	Kontonummer
_____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes



Informationsblatt

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Persönliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- bei denen voraussichtlich durch diese Leistungen
 - bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann oder
 - bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die

- bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge entrichtet haben oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos sind oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist; in diesem Fall muß die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt sein.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

Art, Ort und Umfang

Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden stationär und ambulant grundsätzlich im Inland erbracht. Sie sollen für längstens drei Wochen gewährt werden.

Für Heilverfahren, die ohne vorherige Zustimmung der Alterskasse begonnen oder durchgeführt worden sind, übernimmt die Alterskasse keine Kosten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht.

Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

Zuzahlung

Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Zu den Aufwendungen einer von der Alterskasse bewilligten stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte als Eigenbeteiligung grundsätzlich **10,00 € je Kalendertag**, zu zahlen.

Keine Zuzahlung

Eine Zuzahlung entfällt für Personen unter 18 Jahren.

Befreiung von der Zuzahlung

Auf Antrag wird von der Zuzahlung abgesehen, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde. Eine unzumutbare Belastung liegt in der Regel dann vor, wenn das Jahreseinkommen 40 vom Hundert der jeweils geltenden Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) nicht übersteigt.

Auf Antrag können Versicherte auch von der Zuzahlung befreit werden, wenn

- der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezieht und zwar unabhängig von Art und Höhe der Leistung oder
- der Versicherte aus anderen Gründen unzumutbar belastet würde.

Ergänzende Leistungen

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sind

- Betriebs- und Haushaltshilfe
- Reisekosten
- Rehabilitationssport und Funktionstraining

Antragstellung und Ablauf

Wer medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu einem für ihn aus betrieblichen Gründen günstigen Termin beginnen möchte, sollte rechtzeitig vor Beginn der Leistung einen entsprechenden Antrag stellen. Dies gilt insbesondere, wenn zugleich Betriebs- und Haushaltshilfe durch eine von der Alterskasse zu stellende Ersatzkraft benötigt wird.

Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen wird die Alterskasse über die Leistung entscheiden. Im Falle einer Bewilligung werden die bei der Alterskasse vorhandenen medizinischen Unterlagen der Rehabilitationseinrichtung übersandt. Diese legt dann den Beginn des Heilverfahrens fest.

Anspruch auf Betriebs- oder Haushaltshilfe neben Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation durch einen Gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Nebenerwerbslandwirte und deren Ehegatten, die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) entrichtet haben und ggf. auch noch laufend Beiträge entrichten, weisen wir darauf hin, dass bei einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch die GRV zusätzlich zum Anspruch auf Betriebs- oder Haushaltshilfe ggf. noch ein Anspruch auf Übergangsgeld bestehen kann.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Landwirtschaftliche Alterskasse.