

**AOK-Bayern**Dienstleistungszentrum Krankenhäuser  
Reha-EinrichtungenSchweinfurter Str. 4  
97080 Würzburg  
Telefon: 0931/3522-0  
Telefax : 0931/3522-605  
E-Mail <http://www.aok.de>

## Antrag des Versicherten auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Hiermit beantrage ich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation<sup>1</sup>.

### 1. Personalien des Versicherten

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Telefon *	KV-Nr. (soweit bekannt)	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
Hausarzt (Name/Anschrift/Telefon *)			

### 2. Ist die Erkrankung auf fremde Einwirkung zurückzuführen?

- nein       ja, und zwar als Folge
- einer Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung  
 einer Berufskrankheit/eines Arbeitsunfalles  
 einer Körperverletzung durch Dritte

### 3. Beziehen Sie eine Rente/Zeitrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

- nein       ja, Rentenart \_\_\_\_\_  
voraussichtliches Rentenende am \_\_\_\_\_

### 4. Ist eine Rente beantragt?

- nein       ja, Rentenart: \_\_\_\_\_
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung  
 vom Versorgungsamt  
 aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft)

Name und Anschrift des Leistungsträgers \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Als Leistungen können ambulante oder stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Es gilt das Prinzip „ambulant geht vor stationär“.

**5. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und Anerkennung von Kindererziehungszeiten** (Wurden die Punkte 3 oder 4 mit ja beantwortet, so kann die Antwort zu Punkt 5 entfallen)

Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

nein       ja, Anzahl der Beitragsmonate: \_\_\_\_\_

Wurden Ihnen Kindererziehungszeiten von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt?

nein       ja, Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

**6. Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?**

nein       ja       wurden beantragt  
 sollen beantragt werden

**7. Angaben zur sozialen Situation**

Leben Sie       zuhause       allein       in einer Pflegeeinrichtung  
 mit Angehörigen       in einem Altenheim/Altenwohnheim  
 mit sonstigen Personen

Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?       nein       ja

Ist für Sie ein Betreuer bestellt?       nein       ja

Wenn ja, für welchen Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Betreuers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Betreuers

**Einverständniserklärung:**

Ich entbinde den mich behandelnden Krankenhausarzt und meinen oben genannten Hausarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der AOK, alle für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Angaben (einschließlich der von Dritten) zu erheben und zu verwenden.

Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, daß weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme relevant sind, dürfen sie von der AOK angefordert und verwendet werden.

Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an die AOK. Dies gilt auch für Unterlagen, die bei einem der im Antrag genannten Leistungsträger vorliegen. Ich weiß, daß ich der Übermittlung der Angaben von einem Leistungsträger an die AOK widersprechen kann.

**Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):**

Die personenbezogenen medizinischen Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 i.V.m. § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die mit „\*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Betreuers

## Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation - Ärztlicher Befundbericht -

### 1. Personalien des Versicherten

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Krankenhausbehandlung einschließlich Frühmobilisation sind voraussichtlich abgeschlossen bzw. der Wundheilungsverlauf läßt den Beginn einer Rehabilitation gegebenenfalls zu

am \_\_\_\_\_. Die Reha-Maßnahme soll durch  Direktverlegung oder  
 am \_\_\_\_\_ beginnen.

### 2. Antragsrelevante Diagnosen

(Angabe des Schweregrades, ggf. nach Einteilungen wie NYHA-Stadium I – IV bei Herzinsuffizienz, TNM/Tumorstadium bei Neoplasie etc.)

**Antragsrelevante Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

.  Bitte **ausschließlich ICD-10** als Schlüssel der Hauptdiagnose verwenden

Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit (in absteigender Bedeutung)

1. \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

#### Hieraus resultieren folgende Funktionseinschränkungen/Fähigkeitsstörungen:

(Objektive Befunde, z.B. des Ausmaßes bei Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode)

#### bereits durchgeführte Therapien:

- Operation am \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_
- andere Therapien \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf: \_\_\_\_\_

### 3. Allgemeine Probleme

Besteht beim Patienten eine erhebliche Einschränkung bei Mobilität und Selbsthilfefähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Handelt es sich um einen multimorbiden Patienten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist der Patient in den letzten drei Monaten gestürzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nahm der Patient bisher regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### 4. Aktueller Fähigkeits- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgungsungen

Bitte beim Barthel-Index (Anleitung zum Ausfüllen auf Seite 4 des Antrages) ein Kreuz in das zutreffende Feld machen!

Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens	Ja	Nein
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	mit Unterst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst. <input type="checkbox"/>	Geringe Unterst. <input type="checkbox"/>	Erhebl. Unterst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>	Selbst. Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>	Selbständiges Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	mit Unterst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>	500 m auf ebener Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m <input type="checkbox"/>	mit Hilfe 50m <input type="checkbox"/>	Selbst. m. Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Hilfsbe-dürftig <input type="checkbox"/>			
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	mit Unterst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>	<b>Besondere Versorgungsungen</b>		
An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	Selbst. <input type="checkbox"/>	mit Unterst. <input type="checkbox"/>	Hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>	Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmkontrolle	<input type="checkbox"/>	Kontinent <input type="checkbox"/>	Gelegentl. inkont. <input type="checkbox"/>	Perman. Inkontinent <input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/>	Kontinent <input type="checkbox"/>	Gelegentl. inkont. <input type="checkbox"/>	Perman. Inkontinent <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Summe der Spalten</b>					Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl Barthel-Index: \_\_\_\_\_

### 5. Weitere für die Durchführung der Rehabilitation relevante und erhebliche Störungen, soweit nicht schon unter Punkt 4 erfaßt:

	Welche?
<input type="checkbox"/> kognitive Störungen	_____
<input type="checkbox"/> psychische Störungen	_____
<input type="checkbox"/> Schmerzen	_____
<input type="checkbox"/> sonstige erhebliche Störungen (z.B. Prothesen/Dialyse/Blindheit/Aphasie)	_____

## 6. Rehaziele

Unter Berücksichtigung von Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit sollen die folgenden konkreten Rehabilitationsziele erreicht werden:

a) somatischer Bereich:

---

---

b) funktionaler Bereich:

---

---

c) gegebenenfalls psychosozialer/edukativer Bereich:

---

---

## 7. Rehaprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehapotential wie folgt eingeschätzt:

sehr gering     gering     mittel     hoch     sehr hoch

## 8. Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt werden?

nein                       ja

Wenn nicht, aus welchem Grund ist dies nicht möglich?

---

---

---

## 9. Transportmittel

<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich
<input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen	
<input type="checkbox"/> PKW	
<input type="checkbox"/> Krankentransportwagen	
<input type="checkbox"/> Rettungswagen	

## 10. Allgemeine Bemerkungen (z.B. spezielle Anforderungen an die Reha-Einrichtung):

---

---

---

Stempel des Krankenhauses

Datum und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

## Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<u>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</u>          <u>Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer):</u>	<u>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</u>          <u>Tel.:</u> _____ <u>Fax:</u> _____
---	---

<u>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</u>          <u>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</u>          <u>Krankenkasse:</u>		<u>Versichertennummer (der Krankenkasse):</u>          <u>Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:</u>
<u>Aufnahmetag im Krankenhaus:</u>		

## Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

stationäre geriatrische Rehabilitation

ambulante geriatrische Rehabilitation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für \_\_\_\_\_ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)  
Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Seite 3 von 4

Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente     1 - 4 Medikamente     5 und mehr Medikamente

Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie     Dysarthrie     Dysphonie     \_\_\_\_\_

Störungen der Ernährung:

Der Patient ist     Schluckstörung     Essschwäche     Trinkschwäche  
 untergewichtig     normalgewichtig     übergewichtig

Sehen:     nicht beeinträchtigt     beeinträchtigt     stark beeinträchtigt

Hören:     nicht beeinträchtigt     beeinträchtigt     stark beeinträchtigt

Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung:     keine     leichte     mäßige     schwere     zeitweise  
Orientierungsstörung:     keine     leichte     mäßige     schwere     zeitweise  
sonstige Störungen:     Aufmerksamkeit     Wahrnehmung     Neglect     Apraxie     zeitweise

ggf. Erläuterungen: \_\_\_\_\_

Störungen der Psyche:

Depression     Vigilanz     Unruhe  
 Weglauftendenz     Psychotische Phänomene     \_\_\_\_\_

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?     nein     ja     noch zu klären/ beantragen

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht  
bestellten Betreuers angeben: \_\_\_\_\_

Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig     zuhause alleine mit Unterstützung     Alten-/Wohnheim  
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen     zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen     Pflegeheim

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl     Rollator o. ä.     UA-Gehstützen     OS/US-Prothese  
 PEG-Sonde     Nasen-Magen-Sonde     Stoma     Hörgerät  
 Windeln     Dauerkatheter     Suprapubische Fistel     Urinalkondom  
 sonstige \_\_\_\_\_

Derzeitige Therapie: \_\_\_\_\_

Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)  
Ergotherapie     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)  
Logopädie     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv     aktiv nach Aufforderung     passiv

Im GRB-Verfahren sind folgende Hauptdiagnosen zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates;
- Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten;
- Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom;
- Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme,

**Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)**  
 Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

<b>Patient:</b>			<b>Krankenkasse:</b>		
Name	Vorname	Geburtsdatum			

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose): \_\_\_\_\_

ICD-10-Code: \_\_\_\_\_ Akutereignis am: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

Bitte geriatrische Besonderheiten wie z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus) angebert:

**Barthel-Index**

	<i>Bitte richtige Punktzahl einkreisen</i>	
Essen	Unabhängig - benützt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfsbedürftig	0
Rollstuhltransfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil)	15
	Minime Assistenz oder Supervision	10
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer	5
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
Toilette	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	Kann nicht auf die Toilette	0
Baden	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht $\geq$ 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht $<$ 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl $\geq$ 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder $<$ 50 m fortbewegen	0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppen steigen	0
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5
	Total hilfsbedürftig	0
Stuhlkontrolle	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
Urinkontrolle	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10
	Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0
Summe		

**Angaben zur Operation**

Datum der Operation:	Art der Operation:
----------------------	--------------------

Angaben zum Verlauf/Komplikationen:

Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen:  
 Die Extremität ist  voll belastbar  nur teilbelastbar mit \_\_\_\_\_ kg bis zum \_\_\_\_\_ (Datum)  nicht belastbar



# Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Seite 4 von 4

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? \_\_\_\_\_

Der Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung.

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem \_\_\_\_\_ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (nicht zutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

## Erläuterungen:

Rehabilitationsnotwendigkeit ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

## Bemerkungen:

Datum

Stempel

Unterschrift des verlegenden Arztes

## Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

## Name und Telefonnummer

der nächsten Bezugsperson des Patienten:

## Zustimmungserklärung des Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.

Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an meine Krankenkasse widersprechen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson  
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

## Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.