

Versicherungsnummer

G260**Befundbericht zum AHB-Antrag**

Anschrift der AHB-Einrichtung (soweit es das Verfahren mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vorsieht)	Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer und Faxnummer
--	---

Art des Verfahrens

- Direkteinweisung (nur für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund)
- Einweisung nach Prüfung bei RV-Träger

Vorgeschlagene Rehabilitationsform

- ganztägig ambulant
- stationär

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsdatum
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Wohnort	

Krankenhaus

Aufnahmetag im Krankenhaus	Datum	AHB-begründendes Ereignis (Ereignis bitte in nächster Zeile ankreuzen)	Datum
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> letzte antineoplastische Therapie
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> mögliche Schädigung durch Dritte		
Voraussichtlicher Entlassungstag	Datum	Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung	Datum
1. Diagnose für die Anschlussrehabilitation (AHB) - bei Malignom einschließlich TNM-Klassifizierung			Diagnose nach ICD-10-GM
			DRG-Fallgruppe
2. Krankheitsverlauf, Komplikationen, Risikofaktoren:			
Derzeitige Therapie, Ergebnisse (bei onkologischen Erkrankungen Remissionsstatus):			
Weitere erforderliche therapeutische oder diagnostische Maßnahmen (zum Beispiel Chemotherapie-Zyklus, Radiatio, postoperative Belastungsvorgaben bei Zustand nach TEP):			
von	bis	beendet am	

3. Weitere behandlungsrelevante Krankheiten, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade (zum Beispiel NYHA-Stadien, Paresen, kognitive / mnestiche Störungen):	<input type="checkbox"/> Keine / keine bekannt Diagnose nach ICD-10-GM Diagnose nach ICD-10-GM
--	--

4. Klinische und medizinisch-technische Befunde (unter anderem Histologie bei Malignom, Ejektionsfraktion bei kardiologischer Erkrankung, Lungenfunktionsparameter bei pneumologischer Erkrankung o. ä.):

5. Kann die Patientin / der Patient

- ohne fremde Hilfe essen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - sich alleine waschen und anziehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - sich alleine auf der Station bewegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wunde reizlos / geschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ist eine Infektion / Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche Keime: _____	Besteht Harninkontinenz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Liegen Katheter / Drainagen / Sonden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____ Besteht Stuhlinkontinenz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rollstuhlfahrer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ist die Patientin / der Patient situativ / örtlich / zeitlich orientiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls nein, genauere Angaben (neurologisches Fähigkeitsprofil, Barthel-Index):
--	--

Für die Anreise ist möglich: öffentliches Verkehrsmittel Kraftfahrzeug

Eine medizinische Begründung ist erforderlich bei (nicht möglich bei Durchführung einer ambulanten AHB):

Begleitperson Taxi Krankentransport

6. Bemerkungen (zum Beispiel: Ergänzende Hinweise zu Ziffer 5, geringe Kenntnisse der deutschen Sprache, Vorliegen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung, Stand der Prothesenanpassung):

7. Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, aktiv an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Datum Unterschrift der Ärztin / des Arztes Stempel Telefonnummer

Versicherungsnummer

Honorarabrechnung AHB-Befundbericht

Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer und Faxnummer

Personalien der Patientin / des Patienten

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

Zahlungsempfänger

IBAN (International Bank Account Number) D E	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom
---------------------------------	-----------------	--------------

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Für die Erstellung des AHB-Befundberichtes einschließlich Schreibgebühren und Portokosten bitte ich um Überweisung von 25,20 EUR.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes