

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag bei Anschlussheilbehandlung (AHB)

Mitgliedsnummer:

1.

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

2.

Aufnahmetag im Krankenhaus: _____

Voraussichtlicher Entlassungstag: _____

Datum der frühestmöglichen Verlegung/Aufnahme: _____

Operation sonstiges Akut-Ereignis letzte Bestrahlung letzte antineoplastische Therapie entfällt

3. Ausführliche Diagnose für die AHB/AGM unter Angabe der Funktionseinschränkungen (CA-Malignomen, TNM-Klassifizierung und Stadieneinteilung bitte angeben; histologische Befunde bitte in Kopie beifügen)

Schwerpunkt der AHB: neurologisch orthopädisch _____

4. Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:

5. Krankheitsbeginn und -verlauf, Komplikationen:

Bisherige Therapie, Ergebnisse:

Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen/Hinweis(e) an Reha-Klinik:

Mitgliedsnummer:

6. Wesentliche klinische und med.-technische Befunde: (Rö.-Aufnahmen der AHB-Klinik bitte gegen Rückgabe zur Verfügung stellen)

7. Rehabilitationsziel: (Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Funktionsverbesserung)

8. Art der Anschlussrehabilitation:

ambulant/teilstationär vollstationär


Bei „vollstationärer AHB“ erbitten wir kurze Begründung, warum eine ambulante bzw. teilstationäre AHB nicht ausreicht.

9. Kann der Patient

• ohne fremde Hilfe essen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• sich alleine waschen und anziehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• sich alleine auf der Station bewegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Blasenkatheter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rollstuhlfahrer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Für die Anreise ist möglich:

• öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Soweit mit „Nein“ beantwortet, welches andere Verkehrsmittel?		
• eigener PKW		<input type="checkbox"/> ja
• nur Taxi		<input type="checkbox"/> ja
• nur Krankentransport		<input type="checkbox"/> ja
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

 gilt nicht bei ambulanter/teilstationärer AHB

Gesundheitsschäden sind entstanden durch

- Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit
- Wehrdienstbeschädigung
- Unfall
- 1-3 entfällt

10. Bestätigung des ausstellenden Arztes/der ausstellenden Ärztin:
Das Rehapotential seitens des Versicherten ist vorhanden. Der/die Versicherte kann selbstständig aktiv am bevorstehenden Reha-Verfahren teilnehmen und ist für effektive rehabilitative Maßnahmen ausreichend belastbar.

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer