

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt:
Bitte deutlich oder in Druckbuchstaben schreiben!

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag bei Anschlussheilbehandlung (AHB)/
Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)**

Mitgl.-Nr.:

1.

Titel _____ Geburtsdatum _____
Name _____ Vorname _____

2.

Aufnahmetag im Krankenhaus: _____
Voraussichtlicher Entlassungstag: _____
Datum der frühestmöglichen Verlegung/Aufnahme: _____

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:

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

7. Art der Anschlussrehabilitation/AHB/AGM:

 ambulant/teilstationär vollstationär

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

8. 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 |

Kann der Patient anreisen

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • mit öffentlichen Verkehrsmitteln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • nur mit dem eigenen PKW? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • nur mit Taxi? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • nur mit Krankenwagen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

* gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten/teilstationären AHB

Gesundheitsschäden sind entstanden durch

1. Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit
2. Wehrdienstbeschädigung
3. Unfall
4. 1-3 entfällt

9. Bestätigung des ausstellenden Arztes/der ausstellenden Ärztin:

Das Rehapotential seitens des Versicherten ist vorhanden. Der/die Versicherte kann selbständig aktiv am bevorstehenden Reha-Verfahren teilnehmen und ist für effektive rehabilitative Maßnahmen ausreichend belastbar.

Datum

Unterschrift

Stempel

Telefonnummer