

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

--

Befundbericht zum AHB-Antrag

G0260

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 /
Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Einweisung nach Prüfung bei RV-Träger

Vorgeschlagene Rehabilitationsform

stationär

ganztägig ambulant

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vornamen (Rufname)		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	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3. Weitere behandlungsrelevante Krankheiten, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade (zum Beispiel NYHA-Stadien, Paresen, kognitive / mnestiche Störungen):

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 oder Ähnliches):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

5. Kann die Patientin / der Patient

- ohne fremde Hilfe essen? nein ja

Besteht Harninkontinenz? nein ja

- sich alleine waschen und anziehen? nein ja

Liegen Katheter / Drainagen / Sonden? nein ja

- sich alleine auf der Station bewegen? nein ja

Wenn ja, welche?

Wunde reizlos / geschlossen? nein ja

Ist eine Infektion / Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt? nein ja

Besteht Stuhlinkontinenz? nein ja

Wenn ja, welche Keime: _____

Rollstuhlfahrer? nein ja

Ist die Patientin / der Patient situativ / örtlich / zeitlich orientiert? nein 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

