

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

G0260

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 /
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"/> ASR-Revisionseingriff	<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)

3. Weitere behandlungsrelevante Krankheiten, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade (zum Beispiel NYHA-Stadien, Paresen, kognitive / mnesticische 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

- sich alleine waschen und anziehen? nein ja

- sich alleine auf der Station bewegen? nein ja

Wunde reizlos / geschlossen? nein ja

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

Wenn ja, welche Keime: _____

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

Falls nein, genauere Angaben (neurologisches Fähigkeitsprofil, Barthel-Index):

Besteht Harninkontinenz? nein ja

Liegen Katheter / Drainagen / Sonden? nein ja

Wenn ja, welche?

Besteht Stuhlinkontinenz? nein ja

Rollstuhlfahrer? nein ja

nein ja

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 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-----------------------------	---

Honorarabrechnung AHB-Befundbericht

Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer und Faxnummer

Personalien der Patientin / des Patienten

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

Geschäftskonto des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen		
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)	
D	E	
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 28,20 EUR.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes