

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
<b>1. Diagnose für die Anschlussrehabilitation (AHB) - bei Malignom einschließlich TNM-Klassifizierung</b>			Diagnose nach ICD-10-GM
			DRG-Fallgruppe
<b>2. Krankheitsverlauf, Komplikationen, Risikofaktoren:</b>			
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):**

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?  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: \_\_\_\_\_

Besteht Harninkontinenz?  nein  ja

Liegen Katheter / Drainagen / Sonden?  nein  ja

Wenn ja, welche?

Besteht Stuhlinkontinenz?  nein  ja

Rollstuhlfahrer?  nein  ja

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

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) <b>D E</b>	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	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