

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

Ablauf zwischen Krankenhaus und AHB-Einrichtung (Eintragungen sind erforderlich)

| | |
|---|--|
| | Aufnahmedatum im Krankenhaus |
| | Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus |
| | Aufnahmedatum in der AHB-Einrichtung <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant |
| | Postleitzahl des Krankenhauses |
| Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Bearbeiters der AHB-Einrichtung |

