

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

