Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

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

☐ Operation ☐ sonstiges Akut-Ereignis ☐ letzte Bestrahlung ☐ letzte antineoplastische Therapie ☐ entfällt

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit ☐ 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

G0260-00 DRV
Version 10010 - AGRHAQ 1/2019 - Stand 16.01.2019

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

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

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? ☐ 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

G0260-00 DRV
Version 10010 - AGRHAQ 1/2019 - Stand 16.01.2019