Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Name des Reha-Teams

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

# AHB

**AHB-Erfassungsbogen -** Bitte immer ausgefüllt dem AHB-Antrag beifügen.

## 1 Patientin/Patient

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---|---|
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort | |

## 2 Angaben durch das Krankenhaus

### 2.1 Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Anruf am

zuständig ☐ ja ☐ nein

☐ Team

☐ Direkteinleitung ☐ Schnelleinweisung (Prüfung durch die DRV MD)

### 2.2 Vorgesehene Rehabilitationseinrichtung

Name

Anschrift

| Reha-Einrichtungsschlüssel | Fachabteilungsschlüssel | Institutionskennzeichen |
|---|---|---|
| | | |

Auswahl der Rehabilitationseinrichtung erfolgt aufgrund

☐ Wunsch- und Wahlrecht/Versichertenwunsch

☐ Entfernung

☐ Fremdsprachen

☐ Indikation/besondere medizinische Problemlagen

☐ Kapazität/Termin/Wartezeit

☐ Sonstiges: _____

### 2.3 AHB ist erforderlich wegen der Indikation/Diagnose

ICD-10-GM Diagnose

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

Aufnahmedatum im **Krankenhaus**

tatsächliches Entlassungsdatum aus dem **Krankenhaus**

### 2.5 Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

### 2.6 Name und Anschrift des Krankenhauses

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ort/Datum

Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters des Krankenhauses


**G1163-09**
Version 012021

| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | Name des Reha-Teams |
|---|---|---|
| | | |

## 3 Angaben durch die Rehabilitationseinrichtung

☐ tatsächliche Aufnahme am ☐ stationär ☐ ganztägig ambulant

Die Aufnahme erfolgte nicht innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus, weil

- ☐ gesundheitliche Gründe vorlagen.
- ☐ tatsächliche Gründe vorlagen, die der/die Versicherte nicht zu vertreten hat (z. B. fehlende Kapazität).
- ☐ private Gründe vorlagen.

☐ Reha wird nicht angetreten, weil

X Unterlagen sind beigefügt.

Ort/Datum

Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters der AHB-Einrichtung