



**Befundbericht zum AHB-Antrag**

**- Ausfertigung für den RV-Träger -**



Name und Anschrift der AHB-Einrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten
---

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Privat telefonisch zu erreichen	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		

**Beruf der Patientin / des Patienten**

Zuletzt ausgeübter Beruf / Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung)
--

**Krankenhaus / AHB-Einrichtung**

Aufnahmetag im Krankenhaus
----------------------------

Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses
--

<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt
------------------------------------	---	--	-----------------------------------

Voraussichtlicher Entlassungstag
----------------------------------

Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung
---

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse
--

Anschrift des RV-Trägers  <b>Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin</b>
--

**Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!**

- Ausfertigung für den RV-Träger -

**Befundbericht zum AHB-Antrag**

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

1	Ausführliche Diagnose für die AHB:	DRG-Fallgruppe
		Diagnose nach ICD-10-GM

2 Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:

3 Aufnahmebefund, Krankheitsverlauf und Komplikationen:

Bisherige Therapie, Ergebnisse:

Erforderliche therapeutische Maßnahmen:

4 Wesentliche fachbezogene Funktionseinschränkungen, klinischer Befund:

Medizinisch-technische Befunde und Röntgenaufnahmen bitte der AHB-Einrichtung gegen Rückgabe zur Verfügung stellen.

5	Kann der Patient	Kann der Patient anreisen
	- ohne fremde Hilfe essen?	- mit öffentl. Verkehrsmitteln?
	- sich alleine waschen und anziehen?	- nur mit dem eigenen Pkw?
	- sich alleine auf der Station bewegen?	- nur mit Taxi?
	Besteht Harninkontinenz?	- nur mit Krankenwagen?
	- Liegt ein Blasenkatheter?	Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?
	Besteht Stuhlinkontinenz?	*gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB

5.1 Gesundheitsschäden sind entstanden durch  Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit  Wehrdienstbeschädigung  Unfall

6 Bemerkungen (z. B. Teilnahme an einem DMP-Programm):



7 Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, **aktiv** an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Datum	Unterschrift	Stempel	Telefonnummer
-------	--------------	---------	---------------



**Liquidation für den AHB-Befundbericht**

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten
---

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Privat telefonisch zu erreichen	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		

**Zahlungsempfänger**

Kontoinhaberin / Kontoinhaber		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Geldinstitut (Name, Ort)	Bankleitzahl	Kontonummer

**Bitte unbedingt angeben:**

Rechnungsnummer

Rechnung vom

--	--

**Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.**

Für die Erstellung des AHB-Befundberichtes einschließlich Schreibgebühren und Portokosten bitte ich um Überweisung von 25,20 EUR.

Ort, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Datum



**Befundbericht zum AHB-Antrag**

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

**- Ausfertigung für die AHB-Einrichtung -**

Absender: Krankenhaus
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten
---

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Privat telefonisch zu erreichen	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		

**Beruf der Patientin / des Patienten**

Zuletzt ausgeübter Beruf / Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung)
--

**Krankenhaus / AHB-Einrichtung**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Aufnahmetag im Krankenhaus</td> </tr> </table>	Aufnahmetag im Krankenhaus	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses</td> </tr> </table>	Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses		
Aufnahmetag im Krankenhaus					
Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Operation</td> <td><input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis</td> <td><input type="checkbox"/> Entfällt</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Voraussichtlicher Entlassungstag</td> </tr> </table>	Voraussichtlicher Entlassungstag	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung</td> </tr> </table>	Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung		
Voraussichtlicher Entlassungstag					
Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung					

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse
--

Anschrift des RV-Trägers  <b>Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin</b>
--

**Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!**



## Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für die AHB-Einrichtung -

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Personalien der Patientin / des Patienten

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

1	Ausführliche Diagnose für die AHB:	DRG-Fallgruppe
		Diagnose nach ICD-10-GM

2	Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:
---	---

3	Aufnahmebefund, Krankheitsverlauf und Komplikationen:
Bisherige Therapie, Ergebnisse:	
Erforderliche therapeutische Maßnahmen:	

4	Wesentliche fachbezogene Funktionseinschränkungen, klinischer Befund:
Medizinisch-technische Befunde und Röntgenaufnahmen bitte der AHB-Einrichtung gegen Rückgabe zur Verfügung stellen.	

5	Kann der Patient	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kann der Patient anreisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5.1	Gesundheitsschäden sind entstanden durch	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung	<input type="checkbox"/> Unfall
-----	--	---	---	---------------------------------

6	Bemerkungen (z. B. Teilnahme an einem DMP-Programm):
---	--

7	Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, <b>aktiv</b> an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.		
Datum	Unterschrift	Stempel	Telefonnummer



**Befundbericht zum AHB-Antrag**

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

**- Ausfertigung für das Krankenhaus -**

Absender: Krankenhaus
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten
---

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Privat telefonisch zu erreichen	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		

**Beruf der Patientin / des Patienten**

Zuletzt ausgeübter Beruf / Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung)
--

**Krankenhaus / AHB-Einrichtung**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Aufnahmetag im Krankenhaus</td> </tr> </table>	Aufnahmetag im Krankenhaus	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses</td> </tr> </table>	Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses		
Aufnahmetag im Krankenhaus					
Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Operation</td> <td><input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis</td> <td><input type="checkbox"/> Entfällt</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Voraussichtlicher Entlassungstag</td> </tr> </table>	Voraussichtlicher Entlassungstag	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung</td> </tr> </table>	Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung		
Voraussichtlicher Entlassungstag					
Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung					

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse
--

Anschrift des RV-Trägers  <b>Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin</b>
--

**Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!**



**Befundbericht zum AHB-Antrag**

- Ausfertigung für das Krankenhaus -

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

<b>1</b> Ausführliche Diagnose für die AHB:	DRG-Fallgruppe	
	Diagnose nach ICD-10-GM	

**2** Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:

**3** Aufnahmebefund, Krankheitsverlauf und Komplikationen:

Bisherige Therapie, Ergebnisse:

Erforderliche therapeutische Maßnahmen:

**4** Wesentliche fachbezogene Funktionseinschränkungen, klinischer Befund:

Medizinisch-technische Befunde und Röntgenaufnahmen bitte der AHB-Einrichtung gegen Rückgabe zur Verfügung stellen.

<b>5</b> Kann der Patient	Kann der Patient anreisen
- ohne fremde Hilfe essen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- mit öffentl. Verkehrsmitteln? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- sich alleine waschen und anziehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit dem eigenen Pkw? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- sich alleine auf der Station bewegen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit Taxi? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Harninkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit Krankenwagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Liegt ein Blasenkatheter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Stuhlinkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<small>*gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB</small>

**5.1** Gesundheitsschäden sind entstanden durch  Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit  Wehrdienstbeschädigung  Unfall

**6** Bemerkungen (z. B. Teilnahme an einem DMP-Programm):

**7** Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, **aktiv** an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Datum	Unterschrift	Stempel	Telefonnummer
-------	--------------	---------	---------------



**Befundbericht zum AHB-Antrag**

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

**- Ausfertigung für die Krankenkasse -**

Absender: Krankenhaus
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten
---

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Privat telefonisch zu erreichen	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		

**Beruf der Patientin / des Patienten**

Zuletzt ausgeübter Beruf / Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung)
--

**Krankenhaus / AHB-Einrichtung**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Aufnahmetag im Krankenhaus</td> </tr> </table>	Aufnahmetag im Krankenhaus	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses</td> </tr> </table>	Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses		
Aufnahmetag im Krankenhaus					
Datum d. Operation bzw. des letzten AHB-relevanten Ereignisses					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Operation</td> <td><input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis</td> <td><input type="checkbox"/> Entfällt</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> Entfällt		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Voraussichtlicher Entlassungstag</td> </tr> </table>	Voraussichtlicher Entlassungstag	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 30px; vertical-align: top;">Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung</td> </tr> </table>	Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung		
Voraussichtlicher Entlassungstag					
Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung					

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse
--

Anschrift des RV-Trägers  <b>Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin</b>
--

**Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!**





**Befundbericht zum AHB-Antrag**

- Ausfertigung für die Krankenkasse -

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Personalien der Patientin / des Patienten**

Name	Vorname	Geburtsdatum

1	Ausführliche Diagnose für die AHB:	DRG-Fallgruppe
		Diagnose nach ICD-10-GM

2 Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:

3 Aufnahmebefund, Krankheitsverlauf und Komplikationen:

Bisherige Therapie, Ergebnisse:

Erforderliche therapeutische Maßnahmen:

4

5 Kann der Patient		Kann der Patient anreisen	
- ohne fremde Hilfe essen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- mit öffentl. Verkehrsmitteln?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- sich alleine waschen und anziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit dem eigenen Pkw?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- sich alleine auf der Station bewegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit Taxi?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- <b>nur</b> mit Krankenwagen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Liegt ein Blasenkatheter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	*gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB	

5.1 Gesundheitsschäden sind entstanden durch  Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit  Wehrdienstbeschädigung  Unfall

6 Bemerkungen (z. B. Teilnahme an einem DMP-Programm):

7 Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, **aktiv** an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer