

Stempel des Krankenhauses mit Anschrift

Name und Tel.-Nr. des behandelnden Arztes:

Telefon-Nr. des Sozialdienstes:

**BAHN-BKK
KompetenzCenter
Stationäre Versorgung
Karl-Marx-Allee 90 A**

10243 Berlin

Fax: (0 30) 26946 719 / 729

vorgesehene Klinik:

- Klinik der KVB, Königstein
- Paul-Ehrlich-Klinik der KBS, Bad Homburg
- Vital Kliniken GmbH Klinik Dreizehnlinden
Bad Driburg
- Römerberg-Klinik der KBS, Badenweiler
- Chiemgau-Klinik der KBS, Marquartstein (Obb)
- Vital Klinik GmbH Klinik Sonnenbühl
Bad Dürkheim
- Vital Kliniken GmbH Klinik Buchenholm
Bad Malente-Gremsmühlen

Falls aus medizinischen Gründen keine der obengenannten Kliniken belegt werden kann, bitte hier kurz begründen:

andere Klinik:

AHB- Befundbericht

Versicherungsnummer der Rentenversicherung

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

Personalien des Patienten

Familiename				Vorname und Vorsatzwörter (z.B. „von“)			
Geburtsname				früher geführte Namen			
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht (bitte ankreuzen)		Staatsangehörigkeit	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße und Hausnummer						Telefon	
Postleitzahl		Wohnort					
Krankenkasse			M	F	R	Arbeitgeber	
Falls Patient Angehöriger bzw. nicht selbst versichert ist, Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten bzw. Anspruchsberechtigten							
Aufnahmetag		voraussichtlicher Entlassungstag					

Der ärztliche Dienst hat bereits Kontakt aufgenommen mit

dem in Anschrift genannten Kostenträger
(Ruf-Nr. siehe Rückseite)

ja

nein

der obengenannten AHB-Klinik

ja

nein

Ich bin mit der Durchführung einer Anschlußheilbehandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Aufnahmetag

Ein Aufnahmetermin ist vereinbart zum:

Krankheitsbeginn und Verlauf (ggf. Datum der Operation sowie Angabe von Komplikationen):

Es handelt sich um

- Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
- Versorgungsleiden
- Unfallfolgen

Wesentliche Befunde - klinisch und med.- techn.- (bitte in Kopie beifügen)
Wir bitten, wesentliche Röntgenaufnahmen der AHB-Klinik auf Wunsch leihweise zur Verfügung zu stellen.

Ausführliche Diagnose für AHB (bei Malignomen TNM-Klassifizierung und Stadieneinteilung angeben, histologische Befunde in Kopie beifügen) **Bitte nur den Diagnoseschlüssel angeben:**

Lokalisation (R = rechts, L= links, B= beidseits, N= keine)

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

Wesentliche, nicht mit der AHB-Diagnose zusammenhängende Krankheiten, **Bitte nur den Diagnoseschlüssel angeben::**

Lokalisation (R = rechts, L= links, B= beidseits, N= keine)

Derzeitige Therapie:

Kann die Erwerbsfähigkeit des Patienten durch die vorgesehene AHB voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden? (Nur bei Patienten unter 65 Jahre) ja nein

Kann der Patient

- ohne fremde Hilfe essen? ja nein
- sich alleine waschen und anziehen? ja nein
- sich alleine auf der Station bewegen? ja nein

- Besteht Harninkontinenz? ja nein
- Liegt ein Blasenkatheter? ja nein
- Besteht Stuhlinkontinenz? ja nein

Kann der Patient

- mit öffentlichen Verkehrsmitteln ja nein
- mit PKW/Taxi ja nein
- mit Krankenwagen anreisen? ja nein

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)