

AHB Info an uns vom behandelnden Hausarzt

zur ambulanten kardialen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung (AHB) im Anschluss an eine stationäre Behandlung).

- BEGRÜNDUNG**
- ❖ Das Krankenhaus hat die Beantragung AHB/Anschlussrehabilitation nicht geschafft!
 - ❖ Sie als Hausarzt/-ärztin halten eine Anschlussheilbehandlung für sinnvoll.
- ANTRAGSTELLUNG**
- ❖ Erfolgt über uns, kein weiterer Verwaltungsaufwand für Sie.
 - Namen des Patienten und behandelndes Krankenhaus eintragen.
 - AHB-Diagnose (siehe unten) ankreuzen.
 - Schicken Sie den Patienten, faxen oder emailen Sie die Anmeldung zu uns
 - ❖ Formlose Anmeldung (Telefon, Überweisung) auch jederzeit möglich.
- FRISTEN eingehalten**
- Antragstellung mit Aussicht auf AHB Genehmigungserfolg nur bei Anträgen innerhalb
- ❖ **7-10 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus.**
- AHB-Beginn dann innerhalb 14 Tagen nach Entlassung noch möglich.
- FRISTEN verpasst**
- Antragstellung als Rehabilitation möglich, anderes Verfahren, wir kümmern uns
- ❖ **> 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus.**
- Rehabilitationsbeginn dann nach Genehmigung möglich.
- PATIENTEN ANFORDERUNG**
- ❖ Eine Etage Treppensteigen sollte bei **AHB-Beginn** möglich sein.
 - ❖ Mobilität (Wege bis zu 45min sollten mit Bus/Bahn zurückgelegt werden können).
 - ❖ Der Versicherte muss mit der **ambulanten Rehabilitation einverstanden** sein.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname	Telefon/Mobil	Geburtsdatum
---------------	---------------	--------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
-----------------------	--------------	---------

Zuletzt behandelndes Krankenhaus

DIAGNOSE(n), AHB Indiziert, da

- ein akuter Herzinfarkt, ein akutes Koronarsyndrom (NSTEMI, STEMI, ACS etc.)
- ein Zustand nach PCI/PTCA (Ballondilatation, Stent etc.) auch ohne Infarkt,
- ein Zustand nach ICD-/Herzschrittmacherimplantation,
- eine koronare Herzkrankheit ohne akuten Herzinfarkt (z.B. diffuse KHK),
- eine Herzoperation/Herzeingriff (Vorhofohrverschluss, Ablationstherapie etc.),
- eine Kardiomyopathie, entzündliche Herzerkrankung,
- eine Lungenembolie,
- eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie,
- eine schwere kardiovaskuläre Erkrankung (jedweder Art)

hat zu einer Krankenhausbehandlung geführt.

Datum: ____ . ____ . _____

Stempel/Unterschrift Hausarzt/-ärztin