

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
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> sonstiges Akut-Ereignis	<input type="checkbox"/> letzte Bestrahlung	<input type="checkbox"/> letzte antineoplastische Therapie
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ASR-Revisionseingriff	<input type="checkbox"/> 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	



