Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für den RV-Träger -

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Greitstraße 18-28
31840 Hess. Oldendorf
Service-Center
Frau Wendt, Tel. 05152/781-201,
Fax. 05152/781-275

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

Personalien der Patientin / des Patienten

Name		Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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

☐ Operation ☐ Letzte Bestrahlung ☐ Sonstiges Akut-Ereignis ☐ Entfällt

Voraussichtlicher Entlassungstag

Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse

Anschrift des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für den RV-Träger -

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 Wesentlicher fachbezogener klinischer Befund, Funktionseinschränkungen:

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

5 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 anreisen

- mit öffentl. Verkehrsmitteln? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit dem eigenen Pkw? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit Taxi? * ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit Krankenwagen? * ☐ ja ☐ nein

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? * ☐ ja ☐ nein

***gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB**

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

6 Bemerkungen:

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

Datum | Unterschrift | Stempel | Telefonnummer

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Liquidation für den AHB-Befundbericht

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung	Absender: Krankenhaus
BDH-Klinik Hessisch Oldendorf Greitstraße 18-28 31840 Hess. Oldendorf Service-Center Frau Wendt, Tel. 05152/781-201, Fax. 05152/781-275	
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer	Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

Personalien der Patientin / des Patienten

Name		Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für die AHB-Einrichtung -

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Greitstraße 18-28
31840 Hess. Oldendorf
Service-Center
Frau Wendt, Tel. 05152/781-201,
Fax. 05152/781-275

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

Personalien der Patientin / des Patienten

Name		Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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

☐ Operation ☐ Letzte Bestrahlung ☐ Sonstiges Akut-Ereignis ☐ Entfällt

Voraussichtlicher Entlassungstag

Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse

Anschrift des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

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 Wesentlicher fachbezogener klinischer Befund, Funktionseinschränkungen:

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

5 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 anreisen

- mit öffentl. Verkehrsmitteln? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit dem eigenen Pkw? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit Taxi? ☐ ja ☐ nein *
- **nur** mit Krankenwagen? ☐ ja ☐ nein *
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein *

***gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB**

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

6 Bemerkungen:

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

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für das Krankenhaus -

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Greitstraße 18-28
31840 Hess. Oldendorf
Service-Center
Frau Wendt, Tel. 05152/781-201,
Fax. 05152/781-275

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

Personalien der Patientin / des Patienten

Name		Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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

☐ Operation ☐ Letzte Bestrahlung ☐ Sonstiges Akut-Ereignis ☐ Entfällt

Voraussichtlicher Entlassungstag

Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse

Anschrift des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für das Krankenhaus -

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 Wesentlicher fachbezogener klinischer Befund, Funktionseinschränkungen:

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

5 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 anreisen

- mit öffentl. Verkehrsmitteln? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit dem eigenen Pkw? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit Taxi? ☐ ja ☐ nein *
- **nur** mit Krankenwagen? ☐ ja ☐ nein *
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein *

***gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB**

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

6 Bemerkungen:

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

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Befundbericht zum AHB-Antrag

- Ausfertigung für die Krankenkasse -

Name und Anschrift der AHB-Einrichtung

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Greitstraße 18-28
31840 Hess. Oldendorf
Service-Center
Frau Wendt, Tel. 05152/781-201,
Fax. 05152/781-275

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Absender: Krankenhaus

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefonnummer

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

Personalien der Patientin / des Patienten

Name		Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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

☐ Operation ☐ Letzte Bestrahlung ☐ Sonstiges Akut-Ereignis ☐ Entfällt

Voraussichtlicher Entlassungstag

Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse

Anschrift des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Befunde bitte auf Blatt 2 eintragen!

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
kontakt@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

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

- 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 anreisen

- mit öffentl. Verkehrsmitteln? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit dem eigenen Pkw? ☐ ja ☐ nein
- **nur** mit Taxi? ☐ ja ☐ nein *
- **nur** mit Krankenwagen? ☐ ja ☐ nein *
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein *

***gilt nicht bei Durchführung einer ambulanten AHB**

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

6 Bemerkungen:

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

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer