

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen ⊠

Zustandiger Kranken- bzw. Pensionsversicherungstrage	3 1				herungsnummer
Familienname					
Vorname	Geschlecht		,	Telefon/Fax	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	□ weibl.		männl.	e-mail	
An and an Inc. Knowledge to the control of the cont					
Angaben des Krankenhauses:	— A L		- 11 _	De la call	- Dec Gleenley
Unfalltag:	☐ Arbe			Privatunfall	□ Berufskrankeit
Aufnahme im Krankenhaus:	- vorgeschia	gene	Renab-	Einrichtung:	
Voraussichtlicher Entlassungstag:					
Optimaler Antrittstermin d. Rehab-Aufenthaltes:					
PatientIn					
kann ohne fremde Hilfe essen/trinken alleine die Körperpflege durchführen alleine baden/duschen sich alleine aus- und anziehen seine/ihre Medikamente einnehmen selbständig gehen (mindestens 50 m) mit Hilfsmittel ohne Hilfsmittel selbständig die Treppe auf- bzw. absteigen Toilette benutzen		ja	nein		
leidet an Orientierungsstörungen Harninkontinenz Stuhlinkontinenz					
ist selbständig Rollstuhlbenutzer benötigt Transfer in/aus Rollstuhl					
benötigt Begleitperson für Aufenthalt kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen falls nein, wird für die Anreise benötigt Begleitperson Transport sitzend liegend mit Sanitäter ohne Sanitäter Sonstige Transportmittel (PKW, Taxi) Name des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin:		Tele	 - - - - - - - -		
		Fax	<u> </u>		
Datum Unterschrift und Stempel der Krankenanstalt			ail:		

Arztlicher Befundbericht:							
Name:	V	orname:		Versicherungsnummer			
Antragsrelevante Diagnose(n) für das AHV unter Angabe der Funktionseinschränkungen und des Zeitpunktes des Akutereignisses bzw. der Operation :							
Zusätzliche Erkrankungen und Behin	derunge	n mit Anga	abe der Funktionseinschränkung	:			
Krankheitsbeginn und -verlauf, Komp	likatione	en:					
Bisherige Therapien (medikamentös, physikalisch):							
Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen:							
Wesentliche klinische und med. techr	n. Befun	de:					
Angaben zum Rehabilitationsziel:							
Patientenbezogene Angaben zum Leistungsbezug:							
	nein	ja					
beziehen Sie Pflegegeld			welche Stufe: von welcher Stelle:	elche Stufe: n welcher Stelle:			
haben Sie einen Antrag gestellt							
auf Pensionsleistung			von welcher Stelle:	n welcher Stelle:			
auf Pflegegeld			von welcher Stelle:				
Patienteneinverständnis zum Antrag			Patientenunterschrift				
Erledigung des Versicherungsträge	ers:						
Bewilligt:			Abgelehnt:				
Rehabilitation:			Gesundheitsvorsorge:				
RZ/SKA:			ICD-10:				
Datum:			Unterschrift des Chefarztes	s/der Chefärztin:			

AHV - 8.10