

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3. Weitere behandlungsrelevante Krankheiten, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade (zum Beispiel NYHA-Stadien, Paresen, kognitive / mnestiche Störungen):

Keine / Keine bekannt

Diagnose nach ICD-10-GM

Diagnose nach ICD-10-GM

4. Klinische und medizinisch-technische Befunde (unter anderem Histologie bei Malignom, Ejektionsfraktion bei kardiologischer Erkrankung, Lungenfunktionsparameter bei pneumologischer Erkrankung oder Ähnliches):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

5. Kann die Patientin / der Patient

- ohne fremde Hilfe essen? nein ja

- sich alleine waschen und anziehen? nein ja

- sich alleine auf der Station bewegen? nein ja

Wunde reizlos / geschlossen? nein ja

Ist eine Infektion / Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt? nein ja

Wenn ja, welche Keime: _____

Besteht Harninkontinenz? nein ja

Liegen Katheter / Drainagen / Sonden? nein ja

Wenn ja, welche?

Besteht Stuhlinkontinenz? nein ja

Rollstuhlfahrer? nein ja

Ist die Patientin / der Patient situativ / örtlich / zeitlich orientiert? nein ja

Falls nein, genauere Angaben (neurologisches Fähigkeitsprofil, Barthel-Index):

Für die Anreise ist möglich: öffentliches Verkehrsmittel Kraftfahrzeug

Eine medizinische Begründung ist erforderlich bei (nicht möglich bei Durchführung einer ambulanten AHB):

Begleitperson

Taxi

Krankentransport

6. Bemerkungen (zum Beispiel: Ergänzende Hinweise zu Ziffer 5, geringe Kenntnisse der deutschen Sprache, Vorliegen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung, Stand der Prothesenanpassung):

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

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel, Telefonnummer

