

Bitte zurück an das

**Versorgungswerk der
Landestierärztekammer Mecklenburg – Vorpommern
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)**

**Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt:
Bitte deutlich oder in Druckbuchstaben schreiben!**

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag bei Anschlussheilbehandlung (AHB)/
Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)**

Mitgl.-Nr.:

1.

Titel _____ Geburtsdatum _____
Name _____ Vorname _____

2.

Aufnahmetag im Krankenhaus: _____

Voraussichtlicher Entlassungstag: _____

Datum der frühestmöglichen Verlegung/Aufnahme: _____

Operation sonstiges letzte letzte antineoplastische entfällt
Akut-Ereignis Bestrahlung Therapie

3. Ausführliche Diagnose für die AHB/AGM unter Angabe der Funktionseinschränkungen
(CA-Malignomen, TNM-Klassifizierung und Stadieneinteilung bitte angeben; histologische Befunde bitte
in Kopie beifügen)

Schwerpunkt der AHB: neurologisch orthopädisch _____

4. Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen:

5. Krankheitsbeginn und -verlauf, Komplikationen:

Bisherige Therapie, Ergebnisse:

Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen/Hinweis(e) an Reha-Klinik:

6. Wesentliche klinische und med.-technische Befunde: (Rö.-Aufnahmen der AHB-Klinik bitte gegen Rückgabe zur Verfügung stellen)

7. Art der Anschlussrehabilitation/AHB/AGM:

ambulant/teilstationär vollstationär

Bei „vollstationärer AHB“ erbitten wir kurze Begründung, warum eine ambulante bzw. teilstationäre AHB nicht ausreicht.

8. 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
- Rollstuhlfahrer? ja nein

Für die Anreise ist möglich:

- öffentliche Verkehrsmittel ja
- eigener PKW ja
- nur Taxi ja
- nur Krankentransport ja

gilt nicht bei ambulanter/teilstationärer AHB

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

Gesundheitsschäden sind entstanden durch

1. Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit
2. Wehrdienstbeschädigung
3. Unfall
4. 1-3 entfällt

9. Bestätigung des ausstellenden Arztes/der ausstellenden Ärztin:

Das Rehapotential seitens des Versicherten ist vorhanden. Der/die Versicherte kann selbständig aktiv am bevorstehenden Reha-Verfahren teilnehmen und ist für effektive rehabilitative Maßnahmen ausreichend belastbar.

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer