



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
- Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein

gilt nicht bei ambulanter/teilstationärer AHB

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