

Voraussetzung

Nur bei Zustimmung beider Punkte ist eine Bearbeitung möglich.

Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bestimmungen der DSGVO zu.

ja

Ich stimme dem Entlassmanagement nach §39 Abs. 1a SGB V zu.

ja

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse (bitte dringend für Nachfragen und Terminänderungen angeben, verwenden Sie ggf. die E-Mail-Adresse einer Bezugsperson)

Tag der OP

Diagnose/Was wird operiert?

Knie-TEP Hüft-TEP

links rechts

Zur Vorplanung eines AHB-Platzes benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Größe

Gewicht

Bitte teilen Sie uns Ihre Krankenversicherungsdaten mit

Krankenversicherung (Bei privater Krankenversicherung geben Sie bitte Ihren Versicherungsstatus [1- oder 2-Bett versichert, Chefarztbehandlung] an – bezogen auf die AHB-Leistung)

Versicherten-/Servicenummer

Haben Sie einen Pflegegrad?

ja nein beantragt

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Werden Sie aktuell von einem Pflegedienst unterstützt?

ja nein

Werden Sie aktuell von Angehörigen oder Bekannten unterstützt?

ja nein

Bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten mit (Name, Telefonnummer, E-Mailadresse)

Bitte teilen Sie uns Ihren **aktuellen** Unterstützungsbedarf mit (z. B. Hilfe zur Grundpflege, Hauswirtschaftshilfe etc.)

Berufsstand

Beziehen Sie eine Rente?

ja nein

Wurde in den letzten sechs Monaten eine Rente beantragt?

ja nein

Welche Art der Rente beziehen Sie?

Altersrente Erwerbsminderungsrente

Ist Ihre Rente

befristet unbefristet?

Sind Sie Arbeitnehmer/Selbständig/Freiberufler/Privatier/Hausfrau/Hausmann/ Arbeitsuchender?

ja nein

Wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, senden Sie uns bitte das Abfragedokument der DRV ausgefüllt und unterschrieben per

E-Mail zu. Dieses finden Sie auf unserer Internetseite im Downloadbereich.

Totalendoprothese (TEP)(D01024)

Formular | Geltungsbereich: Ambulanz I, Ambulanz II, EPZ_EndoProthetikZentrum, Sozialdienst

Bitte teilen Sie uns Ihren Rentenversicherungsträger mit:

- DRV Bund DRV Berlin-Brandenburg DRV Knappschaft Bahn See
 DRV Mitteldeutschland sonstige

Name Rentenversicherungsträger

Rentenversicherungsnummer

Haben/Hatten Sie einen Beamtenstatus?

- ja nein

Bitte teilen Sie uns den Namen Ihrer Beihilfestelle mit

Personalnummer

Adresse Ihrer Beihilfestelle

Faxnummer Ihrer Beihilfestelle

Fragen zur Anschlussheilbehandlung

Welche Form der Anschlussheilbehandlung wünschen Sie?

- ambulanz stationär

Haben Sie einen Wunsch hinsichtlich der Einrichtung für Ihre Anschlussheilbehandlung?

- ja nein

Wunschlinik für die Anschlussheilbehandlung

Zur Information: Die gewünschte orthopädische Rehaklinik muss innerhalb eines Umkreises von maximal 200 km von Ihrem Wohnort liegen und als Vertragsklinik Ihres Kostenträgers registriert sein und über freie Kapazitäten verfügen.

Eine individuelle Beratung zum AHB-Verfahren findet während Ihres stationären Aufenthaltes durch den Sozialdienst der Oberlinklinik statt.

Ihre Anmerkungen