

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie über die Möglichkeiten einer Anschlussrehabilitation (AHB) nach Ihrem stationären Aufenthalt im Klinikum informieren. **Sollten Sie eine AHB in Anspruch nehmen wollen, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und sofort persönlich in der Sprechstunde abzugeben.**

Die AHB kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Sie können eine Wunschklinik angeben, die endgültige Entscheidung wird jedoch vom zuständigen Kostenträger (Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger) getroffen.

Wir unterstützen Sie gern bei der Organisation und Beantragung einer Ihren Wünschen entsprechende Weiterbehandlung, bitten aber um Verständnis, dass wir dies nicht garantieren können.

Sie werden voraussichtlich 5-7 Tage nach der OP entlassen. In der Regel startet die AHB einige Tage nach der Entlassung, sodass Sie zwischendurch nochmal zu Hause sind. Sollte aufgrund Ihrer persönlichen Lebensumstände eine Direktverlegung erforderlich sein, bitten wir Sie vorab telefonisch Kontakt aufzunehmen.

Bei Rückfragen melden Sie sich bitte ca. 6 Wochen vor OP-Termin.

Kontaktdaten:

Sozialdienst Frau Damm
Telefon-Nr. 0351 480-2027
ahb@klinikum-dresden.de
Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Name, Vorname _____ geb. am _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Datum der geplanten OP: _____

Was wird operiert?

Knie Hüfte Sonstiges: _____

Welche Seite wird operiert?

links rechts beidseitig

Wird es eine neue Prothese implantiert oder eine bestehende Prothese gewechselt?

neue Prothese Wechsel

Ort, Datum

Unterschrift

→ bitte umseitig die Angaben vervollständigen →

1. Besteht eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?
nein ja, Pflegegrad ____ beantragt

2. Benötigen Sie Hilfe bei der Grundpflege?
nein ja

3. Erhalten Sie Altersrente?
ja nein beantragt

4. Erhalten Sie Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente)?
ja nein beantragt

5. Bei welchem Rententräger sind Sie versichert?
Bund Mitteldeutschland Knappschaft-Bahn-See
Sonstige: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

6. Wie sind Sie krankenversichert?
gesetzlich
privat, besteht eine Verbeamtung?
nein ja, Beihilfestelle: _____

7. Fragen zur häuslichen Situation:
In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____

Ist ein Aufzug vorhanden? nein ja

Besonderheiten zur häuslichen Situation (z.B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

Wo leben Sie?

zu Hause, und dort allein
mit Angehörigen/sonstigen Personen

im Betreuten Wohnen

in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt?

ja nein

8. In welche Klinik möchten Sie für Ihre AHB? Bitte geben Sie eine kurze Begründung an!

Vielen Dank!