

Überleitungsbogen

Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer
Beginn der Arbeitsunfähigkeit:	Stationär vom bis

*Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhausentlassung** an die zuständige Krankenkasse*

FAX-Nummer:	
AOK Rheinland/Hamburg: 0211 8791-1387	Klinik:
	Institutionskennzeichen:

1. Stationäre Behandlung

Einweisungs- und Entlassungsdiagnose (ICD 10):

Operationen:

Medikation:

Ist eine weitere stationäre Behandlung/Operation geplant?

2. Welche Therapien und diagnostischen Maßnahmen sind nach der stationären Behandlung vorgesehen?

Heilmittel während stationärer Behandlung:

Beginn der Maßnahme am:

Ende der Maßnahme am:

Heilmittel nach stationärer Behandlung:

Beginn der Maßnahme am:

Hilfsmittel nach stationärer Behandlung:

Tag der Verordnung am:

Rehabilitationsmaßnahme nach stationärer Behandlung:

Sonstiges:

3. Arbeitsunfähigkeit

Besteht nach der stationären Behandlung Arbeitsunfähigkeit?

ja

nein

Wenn ja, voraussichtlich bis:

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?

ja

nein

Wenn nein, voraussichtlich ab:

Ist eine medizinische/berufliche Rehabilitation angezeigt?

ja

nein

Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

Ist ein Rentenverfahren angezeigt?

ja

nein

ja

nein

Für folgende Tätigkeit besteht ein Restleistungsvermögen von **mehr als drei Stunden** pro Tag:

Für folgende Tätigkeit besteht ein Restleistungsvermögen von **mehr als sechs Stunden** pro Tag:

4. Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

5. Sonstiges/Bemerkungen

Datum: _____ Unterschrift des Arztes _____ Stempel _____

Hiermit versichere ich, dass die erforderlichen Maßnahmen von mir veranlasst bzw. eingeleitet wurden.