

## ANMELDUNG für HAUSÄRZTE

zur ambulanten kardialen/angiologischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einer stationären Behandlung)

- BEGRÜNDUNG** Das Krankenhaus hat vergessen, eine AHB-Maßnahme anzubieten!  
Sie als Hausarzt/-ärztin halten eine Anschlussheilbehandlung für sinnvoll.
- ANTRAGSTELLUNG** Erfolgt über uns, kein weiterer Verwaltungsaufwand für Sie.
- o Namen des Patienten und behandelndes Krankenhaus eintragen.
  - o Diagnose(n)/AHB indiziert (siehe unten) ankreuzen.
  - o Schicken Sie den Patienten, faxen oder emailen Sie die Anmeldung zu uns  
Formlose Anmeldung (Telefon, Überweisung) auch jederzeit möglich.
- FRISTEN** Antragstellung mit Aussicht auf Erfolg nur bei Antragstellung innerhalb  
**7-10 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus.**  
AHB-Beginn dann innerhalb 14 Tagen nach Entlassung noch möglich.
- PATIENTEN ANFORDERUNG** Eine Etage Treppensteigen sollte bei **AHB-Beginn** möglich sein.  
Mobilität (Wege bis zu 45min sollten mit Bus/Bahn zurückgelegt werden können).  
Der Versicherte muss mit der **ambulanten Rehabilitation einverstanden** sein.

### ANMELDEDATEN

---

Name, Vorname	Telefon/Mobil	Geburtsdatum
---------------	---------------	--------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
-----------------------	--------------	---------

---

Zuletzt behandelndes Krankenhaus

### DIAGNOSE(n), AHB Indiziert, da

- Ein akuter Herzinfarkt, ein akutes Koronarsyndrom (NSTEMI, STEMI, ACS etc.)
  - ein Zustand nach PCI/PTCA (Ballondilatation, Stent etc.) auch ohne Infarkt,
  - ein Zustand nach ICD-/Herzschrittmacherimplantation,
  - eine koronare Herzkrankheit ohne akuten Herzinfarkt (z.B. diffuse KHK),
  - eine Herzoperation/Herzeingriff (Vorhofverschluss, Ablationstherapie etc.),
  - eine Kardiomyopathie, entzündliche Herzerkrankung,
  - eine Lungenembolie,
  - eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie,
  - eine schwere kardiovaskuläre Erkrankung (jedweder Art)
- hat zu einer Krankenhausbehandlung geführt.

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Hausarzt/-ärztin