

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhausentlassung**, an die BB, Faxnummer: **XXXXXXXXXXXXXX**

- Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse -
Klinik:
Institutionskennzeichen:

1. **Beginn der Arbeitsunfähigkeit:**

2. **Stationäre Behandlung vom:** **bis:**

Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10):

Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10):

Operationen: _____

Medikation: unverändert
 geändert

Ist eine weitere stationäre Behandlung/Operation geplant? ja nein

3. Welche Therapien und diagnostischen Maßnahmen sind nach der stationären Behandlung vorgesehen:

<input type="checkbox"/> Heilmittel während stationärer Behandlung:	Beginn der Maßnahme am:
	Ende der Maßnahme am:
<input type="checkbox"/> Heilmittel nach stationärer Behandlung:	Beginn der Maßnahme am:
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel nach stationärer Behandlung:	Tag der Verordnung am:
<input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen nach stationärer Behandlung:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

4. Arbeitsunfähigkeit

Besteht nach der stationären Behandlung Arbeitsunfähigkeit?
 ja nein Wenn ja, voraussichtlich bis: _____

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?
 ja nein Wenn ja, voraussichtlich ab: _____

5. Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

nein ja, im Fachgebiet: _____

6. Sonstiges/Bemerkungen _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes _____