



Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Vom antragstellenden Krankenhaus vollständig auszufüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Familiename(n)		Versicherungsnummer
Vorname(n)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Telefon/Fax
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		e-mail

Angaben des Krankenhauses:

Unfalltag:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input checked="" type="checkbox"/> Privatunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Vorgeschlagene Rehab-Einrichtung: ZARG - Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz GmbH 8020 Graz, Gaswerkstraße 1a
Voraussichtlicher Entlassungstag:	Ambulante kardiologische Rehabilitation - Phase 2
Optimaler Antrittstermin d. Rehab-Aufenthaltes:

PatientIn	ja	nein
kann ohne fremde Hilfe essen/trinken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alleine die Körperpflege durchführen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alleine baden/duschen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich alleine aus- und anziehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seine Medikamente einnehmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständig gehen (mindestens 50m)		
mit Hilfsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ohne Hilfsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständig Treppe auf- bzw. absteigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette benutzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leidet an Orientierungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ist selbständiger Rollstuhlbenutzer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
benötigt Transfer in/aus Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
benötigt Begleitperson für Aufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kann mit öffentlichen Verkehrsmittel anreisen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls nein, wird für die Anreise benötigt		
Begleitperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Sanitäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ohne Sanitäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Transportmittel (PKW, Taxi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name des zuständigen Arztes:	Telefon/DW: 0316/57 70 50
	Fax: 0316/ 57 70 50 - 20
	e-Mail: office@zarg.at
Datum	Unterschrift und Stempel der Krankenanstalt

Ärztlicher Befundbericht:

Name:	Vorname:	Versicherungsnummer
-------	----------	---------------------

Antragsrelevante Diagnose(n) für das AHV unter **Angabe** der Funktionseinschränkungen und des **Zeitpunktes des Akutereignisses** bzw. der **Operation**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> St.p. ICD-Implant. |
| <input type="checkbox"/> St.p. PTCA u. Stent-Implantation | <input type="checkbox"/> CMP |
| <input type="checkbox"/> St.p. STEMI | <input type="checkbox"/> St.p. Myocardinfarkt |
| <input type="checkbox"/> St.p. NSTEMI | <input type="checkbox"/> St.p. Herzklappenop. |
| <input type="checkbox"/> St.p. kardiogener Schock | <input type="checkbox"/> St.p. CABG |

Zusätzliche Erkrankungen und Behinderungen mit Angabe der Funktionseinschränkungen:

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie | <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum |
| <input type="checkbox"/> Hypertonus | <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> familiäre Belastung |

Krankheitsbeginn und –verlauf, Komplikationen:

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> CPR | <input type="checkbox"/> Pleurapunktion | <input type="checkbox"/> Hypotonie |
| <input type="checkbox"/> kard. Dekompensation | <input type="checkbox"/> Kardioversion | <input type="checkbox"/> Nachblutung | <input type="checkbox"/> Infektion |

Bisherige Therapien (medikamentös, physikalisch):

Erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen:

- Ergometrie
- Langzeit-EKG
- Thalliummyocardszintigraphie

Wesentliche klinische und med. techn. Befunde:

Deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit.

Angaben zum Rehabilitationsziel:

Steigerung der kardiozirkulator. Leistungsfähigkeit, Verbesserung des koron. Risikoprofils, Erhaltung Arbeitsfähigkeit, Verhinderung Pflegebedürftigkeit.

Patientenbezogene Angaben zum Leistungsbezug:

beziehen Sie Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	welche Stufe:
			von welcher Stelle:
haben Sie einen Antrag gestellt auf Pensionsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei welcher Stelle:
auf Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei welcher Stelle:
Patienteneinverständnis zum Antrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patientenunterschrift:

Erledigung des Versicherungsträgers:

Bewilligt:	Abgelehnt:
Rehabilitation:	Gesundheitsvorsorge:
RZ/SKA:	ICD-10:
Datum:	Unterschrift des Chefarztes: