

# AHB-Fragebogen

Kostenträger:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

RV-Nummer:

Krankenkasse:

**Begleitperson (bei Doppelzimmer)**

Vorname:

**Vorname:**

Name:

**Nachname:**

Geburtstag:

**Geburtsdatum:**

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Diagnose:

MRSA-Keim:

ESBL-Keim:

Rollstuhl:

Aufnahme im Krankenhaus:

Gehbehindert:

Erste Kontaktaufnahme mit KH:

Entlassung im Krankenhaus:

Wunschtermin zur AHB:

Sonstige Bemerkungen/Wünsche/Informationen:

Anmeldendes Krankenhaus:

Ansprechpartner:

Telefon:

E-Mail: