

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie werden bei uns in der Klinik operiert und erhalten eine Knie- oder Hüft-TEP.

Nach dem Krankenhausaufenthalt gibt es die Option einer ambulanten oder stationären Anschlussheilbehandlung. Je nach Kostenträger benötigen wir eine Begründung für eine stationäre Maßnahme.

Wir terminieren den Start der Anschlussheilbehandlung im Regelfall innerhalb von sieben Tagen nach der Krankenhausentlassung.

Bei kurzfristiger OP-Terminvergabe müssen Sie mit einer längeren Überbrückung mit ambulanter Physiotherapie rechnen. Um Ihre bestmögliche Weiterversorgung zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich bereits vor Ihrer geplanten Operation um Termine für die ambulante Physiotherapie sowie Lymphdrainage für den Zeitraum nach Ihrer OP / bei Entlassung bis zum Beginn der Reha Maßnahmen zu bemühen.

Dafür steht u.a. auch die Physiotherapiepraxis im HEH zur Verfügung Tel: 0531-6995534

Bitte geben Sie für die Rehabilitationsplanung die ausgefüllte Rückseite sofort nach Erhalt an den Sozialdienst:

- Entweder persönlich durch Einwerfen in den Briefkasten vor dem Sozialdienstbüro im Erdgeschoss gegenüber der stationären Aufnahme
- Oder per Post
- Alternativ können Sie uns auch per E-Mail: sozialdienst@heh-bs.de kontaktieren.

Bitte nehmen Sie keine telefonische Nachfrage vor.

Am prästationären Aufnahmetag erfolgt automatisch ein persönliches Gespräch mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team vom Sozialdienst

Folgende Angaben werden für die Organisation einer Anschlussheilbehandlung im Vorfeld von Ihnen benötigt:

- Vor- u. Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
- E- Mail Adresse: _____
- Pflegegrad vorhanden? Wenn ja, welcher: _____
- Größe und Gewicht _____
- Leben Sie alleine? Ja ☐ Nein ☐
- Operationstermin: _____

Wählen Sie bitte **EINE** der folgenden drei Optionen aus:

- ☐ ambulante Physiotherapie (einen Therapeuten suchen Sie sich selbst)
- ☐ ambulante Anschluss-Rehabilitation (Abholung bis 30 km Umkreis)
- ☐ stationäre Anschluss-Rehabilitation (Einrichtung wird in Berücksichtigung Ihres Kostenträgers von uns ausgewählt. Wenn Sie spezielle Ortswünsche haben, bitten wir um eigene Organisation)

Begründung für die Wahl einer „stationären Anschluss-Rehabilitation“: (z.B. Pflegegrad vorhanden, alleinlebend, viele Stufen in der Häuslichkeit)

-
- Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____
 - Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bei wem? (bitte Behörde, ggf. Personalnummer, Fax-Nummer angeben)

-
- Sind Sie über Ihren Ehepartner/in versichert? Ja ☐ Nein ☐

Berufstätig ☐

Rentner*in ☐

Nicht erwerbstätig ☐

Rentenversicherungsträger:

- ☐ DRV Bund ☐ DRV Braunschweig-Hannover
- ☐ DRV Knappschaft ☐ DRV Mitteldeutschland

Rentenversicherungsnummer: _____