



**AHB-Anmeldung**

- stationär  Kardiologie  
 ganztägig ambulant  Orthopädie

**Kostenträger:**  DRV RLP  DRV Bund  Krankenkasse  
 Selbstzahler  Sonstige: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass mir die Einladung zur AHB per Mail geschickt wird.

RV-Nr./Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftig:  ja  nein Keim:  ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Sozialdienst: Frau/Herr \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_ **Terminwunsch:** \_\_\_\_\_

(Aufnahmen erfolgen grundsätzlich nur von Dienstag – Donnerstag)

**Datum der Antwort:** \_\_\_\_\_

- Wir bestätigen die angefragte Reservierung zum Wunschtermin.  
 Alternativtermin: \_\_\_\_\_ (vorreserviert)  
(Sollte dieser Termin nicht infrage kommen, bitten wir umgehend um Info, telefonisch oder per Fax).  
 Wir bitten um Rückruf unter der Telefonnr. 06708 82-6130.  
 Eine Reservierung ist nicht möglich.

Begründung: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie die Anmeldung als Anlage an den AHB-Antrag  
per Fax 06232/17-127301.**

**Im Falle einer Ablehnung bitten wir umgehend um eine Stornierungsinformation.**