

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben Anspruch auf eine orthopädische Anschlussrehabilitation nach Ihrem stationären Aufenthalt im Klinikum. Sie werden voraussichtlich 5-7 Tage nach der Operation bei uns entlassen. Die Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden und dauert in der Regel drei Wochen.

Damit wir die Rehabilitation für Sie beantragen können, benötigen wir umgehend den ausgefüllten Fragebogen zurück. Sie können uns Ihre Wünsche mitteilen. Die endgültige Entscheidung wird jedoch vom zuständigen Kostenträger getroffen und ist abhängig von den Aufnahmekapazitäten in den Rehakliniken. Den Aufnahmetermin für Ihre Rehabilitation erfahren Sie beim Vorgespräch mit uns.

## Was müssen Sie jetzt als nächstes tun?

1. Füllen Sie bitte den Fragebogen vollständig aus und unterschreiben diesen.
2. Senden Sie uns den Fragebogen per Post oder Mail an:
  - Städtisches Klinikum Dresden, Sozialdienst, Friedrichstraße 41, 01067 Dresden
  - [ahb@klinikum-dresden.de](mailto:ahb@klinikum-dresden.de)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat, besteht eine Verbeamtung?

nein  ja, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Datum der geplanten OP: \_\_\_\_\_

Was wird operiert?

Knie  Hüfte  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Seite wird operiert?

links  rechts  beidseitig

Wird es eine neue Prothese implantiert oder eine bestehende Prothese gewechselt?

neue Prothese  Wechsel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

1. Besteht eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?  
 nein       ja, Pflegegrad \_\_\_\_       beantragt
2. Benötigen Sie Hilfe beim Waschen und Anziehen?  
 nein       ja
3. Erhalten Sie Rentenleistungen?  
 nein    Altersrente       Erwerbsunfähigkeitsrente       beantragt: \_\_\_\_\_
4. Bei welchem Rententräger sind Sie versichert?  
 Bund       Mitteldeutschland       Knappschaft-Bahn-See  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_
5. Fragen zur häuslichen Situation:  
In welchem Stockwerk wohnen Sie? \_\_\_\_\_  
Ist ein Aufzug vorhanden?     nein       ja  
Wie viele Treppenstufen sind vorhanden? \_\_\_\_\_  
Wo leben Sie?  
 allein zu Hause       mit Angehörigen/sonstigen Personen zu Hause  
 im Betreuten Wohnen       in einer Alten-/Pflegeeinrichtung  
Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt?  
 ja       nein
6. Wie lange möchte Sie zwischen Krankenhausaufenthalt und Reha zu Hause sein?  
 2-3 Tagen     7 Tage    14 Tage     \_\_\_\_\_
7. Wo möchten Sie zur Reha?  
 Johannesbad Altenberg Raupennest    Klinik am Tharandter Wald, Hetzdorf  
 Kirnitzschtalklinik Bad Schandau     Median Klinik Bad Gottleuba  
 Median Klinik Berggießhübel     Geriatrische Reha     \_\_\_\_\_  
 ambulant: \_\_\_\_\_

**Dringende Fragen können Sie uns auf dem Anrufbeantworter hinterlassen: 0351 / 480 2027**