
(Stempel der Einrichtung)

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Versicherten

Per Fax

Deutsche Rentenversicherung

Wechselmitteilung

Im Rahmen der Kombinationsbehandlung-Nord wird der Rehabilitand/die Rehabilitandin entsprechend der Behandlungsplanung am _____ in das ganztägig ambulante Behandlungsphase in

(bitte Anschrift eintragen)

wechseln.

Der aktuelle Behandlungsabschnitt endet voraussichtlich am: _____

Ort, Datum, Stempel der Einrichtung

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten