Bitte Wählen Sie Träger und Standort aus. (Die beiden Felder werden nicht mit ausgedruckt)

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Einrichtung

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Versicherungsnummer	Name, Vorname

Per Fax 0511 829-2635

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
Lange Weihe 6
30880 Laatzen

Wechselmitteilung

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

_____

_____

_____

(bitte Anschrift eintragen)

wechseln.

Der aktuelle Behandlungsabschnitt endet voraussichtlich am: _____

Ort, Datum, Unterschrift der Einrichtung

Ort, Datum, Unterschrift der/des Versicherten