Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

**Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland**
**Kranichfelder Straße 3**
**99097 Erfurt**

Versicherungsnummer (soweit bekannt)

| Ansprechpartner | Telefonnummer für Rückfragen | Datum |
|---|---|---|
| | | |

## Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---|---|
| | |
| Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer | |
| | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| | |

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für oben genannte Versicherte/oben genannten Versicherten entsprechend der „Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten bei Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation und Sicherung des Rehabilitationserfolges“.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- ☐ Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (G0100-00)
- ☐ Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (G0110-00)
- ☐ Ärztlicher Befundbericht (G0620-09)
- ☐ Honorar-Abrechnung (G0600-00)
- ☐ Einverständniserklärung der Versicherten/des Versicherten zur Einbindung des Werks-/Betriebsarztes in den Rehabilitationsprozess (G0622-09)
- ☐ Arbeitsplatzbeschreibung

Mit freundlichen Grüßen

_____

Unterschrift/Stempel