Versicherungsnummer

Kennzeichen

(soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen

G2202-28

Zuständige/-r Rehafachberater/- in:

Name der/des Rehafachberaterin/-s laut Bewilligungsbescheid für die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Übergabebogen (SELTAA)

Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum

Die/Der oben aufgeführte Versicherte hat am _____ eine Leistung zur
Datum
medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung

_____ begonnen.
Stempel Rehabilitationseinrichtung

Als Bezugstherapeut/-in fungiert für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in dieser Rentenversicherungsangelegenheit

Frau/Herr _____
(Vorname, Name der/des Mitarbeiterin/-s der Rehabilitations-einrichtung)

Der/Die Ansprechpartner/-in und ist unter den nachfolgenden Kontaktdaten zu erreichen:

Telefonnummer	Telefax

Es wird durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen eine

☐ Kontaktaufnahme via Telefon/Fax innerhalb von **fünf Werktagen** nach Zugang des Übergabebogens zur Koordinierung der Leistungen

☐ eine Einladung zu dem nächsten stattfindenden Beratungsgespräch der/-s oben aufgeführten Versicherten mit dem/-r Rehafachberater/-in[1]

☐ die Übermittlung einer Zweitschrift des Einladungsschreibens für das nächste Beratungsgespräch der/-s oben aufgeführten Versicherten mit dem/-r Rehafachberater/-in

durch den/die Rehafachberater/ -in erbeten.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiter/ -in der Rehabilitationseinrichtung

[1] Es wird vorsorglich darauf hingewiesen, dass bei einer Teilnahme des behandelnden Bezugstherapeuten/-in keine Erstattung von in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrkosten für die/-en Bezugstherapeutin/-en durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erfolgt.