

Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Antwort zum Antrag im Rahmen des Nahtlosverfahrens per Fax an

Anschrift des Akutkrankenhauses (Qualifizierter Entzug)

Ansprechpartner im Sozialdienst

Name	
Telefon-Nr.	Fax-Nr.

Rückmeldung zum Antrag im Rahmen des Nahtlosverfahrens für die Versicherte / den Versicherten

Name, Vorname, Geburtsdatum		Versicherungsnummer
Straße und Hausnummer		Wohnort
Postleitzahl		

Einwilligungserklärung der Versicherten / des Versicherten:

Mit der Weitergabe der folgenden Informationen der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an das o. a. Akutkrankenhaus zum Zwecke der Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift
der Versicherten / des Versicherten

Aufkleber durch Referate 64 / 65

Der Antrag der Versicherten / des Versicherten wird/wurde

abgelehnt.

weitergeleitet an _____

für die nachfolgende Rehabilitationseinrichtung

Name und Ort der Rehabilitationseinrichtung

im Auftrag der Krankenkasse _____ bewilligt.

im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung bewilligt.

Datums-Namenstempel
Referate 64 / 65