Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Bitte zur Krankenakte nehmen

Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht

G0821

Name, Vorname	Geburtsdatum

Übermittlung des Entlassungsberichts an Ihre Ärztin / Ihren Arzt

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Rehabilitation ein Arzt (zum Beispiel Ihr behandelnder Arzt, Krankenhausarzt, DMP-Arzt, Betriebsarzt oder Werksarzt) eine Ausfertigung des Entlassungsberichts erhält.

☐ nein

☐ ja, ich bin damit einverstanden. Bitte senden Sie den vollständigen Entlassungsbericht an:

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

G0821-00 DRV
Version 04002 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018

Ausfertigung für die Versicherte / den Versicherten

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Bitte der Versicherten / dem Versicherten beim Abschlussgespräch aushändigen

Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht

G0821

Name, Vorname	Geburtsdatum

Übermittlung des Entlassungsberichts an Ihre Ärztin / Ihren Arzt

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Rehabilitation ein Arzt (zum Beispiel Ihr behandelnder Arzt, Krankenhausarzt, DMP-Arzt, Betriebsarzt oder Werksarzt) eine Ausfertigung des Entlassungsberichts erhält.

☐ nein

☐ ja, ich bin damit einverstanden. Bitte senden Sie den vollständigen Entlassungsbericht an:

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

G0821-00 DRV
Version 04002 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018