Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht bei einer Kinderrehabilitation

G0823

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Übermittlung des Entlassungsberichtes an die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Kinderrehabilitation die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt eine Ausfertigung des Entlassungsberichts erhält.

☐ nein

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

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

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

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

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

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

Hinweis: Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können die Erklärung bei Beendigung der Rehabilitation selbst unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

G0823-00 DRV
Version 04002 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018

Ausfertigung für den Erziehungsberechtigten oder Jugendlichen ab vollendetem 15. Lebensjahr

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht bei einer Kinderrehabilitation

G0823

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Übermittlung des Entlassungsberichtes an die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Kinderrehabilitation die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt eine Ausfertigung des Entlassungsberichts erhält.

☐ nein

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

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

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

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

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

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

Hinweis: Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können die Erklärung bei Beendigung der Rehabilitation selbst unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

G0823-00 DRV
Version 04002 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018