

Antwort zum AHB-Antrag per Fax an

Anschrift des Akutkrankenhauses

Ansprechpartner im Sozialdienst

Name	
Telefon-Nr.	Fax-Nr.

Rückmeldung zum AHB-Antrag 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 Deutschen Rentenversicherung Westfalen an das o. a. Akutkrankenhaus zum Zwecke der Durchführung der Anschlussrehabilitation bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Taxinutzung für den Transport zur Rehabilitationseinrichtung bei medizinischer Notwendigkeit telefonisch oder per FAX zu beantragen ist und die Kosten nur nach vorheriger Genehmigung durch die DRV Westfalen erstattet werden.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten