

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht bei einer Kinderrehabilitation

G0823

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								

### 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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht bei einer Kinderrehabilitation

G0823

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

### 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



