

Versicherungsnummer:
Kennzeichen:
Maßnahmeart / Maßnahmenummer:



**Deutsche
Rentenversicherung**

IK des Kostenträgers

Absender:

Name der Rehabilitationseinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon und Fax

Datum:

IK der Rehabilitationseinrichtung

Aufnahmemitteilung

Leistung für:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Tag der Aufnahme:

Tag	Monat	Jahr

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift