

Sicherung der in der Kinderrehabilitation erzielten Ergebnisse

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte / Sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

Ihr Kind hat an einer Kinderrehabilitation teilgenommen. Um den Rehabilitationserfolg dauerhaft zu sichern, ist die weitere – möglichst direkt an die Rehabilitationsleistung anschließende – Beratung und Behandlung durch den behandelnden Arzt Ihres Kindes von besonderer Bedeutung.

Der behandelnde Arzt Ihres Kindes erhält von der Rehabilitationseinrichtung mit Ihrer Einwilligung den ärztlichen Entlassungsbericht. Wenden Sie sich bitte direkt im Anschluss an die Kinderrehabilitation an den behandelnden Arzt und vereinbaren mit ihm einen Termin, um die Rehabilitationsergebnisse und die Empfehlungen des Entlassungsberichtes zu besprechen.

Da wir sehr daran interessiert sind zu erfahren, ob die von uns bewilligten Kinderrehabilitationen erfolgreich sind, haben wir mit den Verbänden der niedergelassenen Ärzte Folgendes vereinbart:

Der behandelnde Arzt füllt – sofern der Erziehungsberechtigte zustimmt – nach Beendigung der Kinderrehabilitation den Fragebogen 1 (Formular G2462-11) und ungefähr 5 bis 7 Monate später den Fragebogen 2 (Formular G2463-11) aus.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende **Einwilligungserklärung** zu unterschreiben und diese dem behandelnden Arzt Ihres Kindes beim Gesprächstermin nach Beendigung der Kinderrehabilitation auszuhändigen. Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können die Erklärung selbst unterschreiben.

Wir danken für Ihre Unterstützung.

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen

Einwilligungserklärung des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

Ich willige ein, dass der behandelnde Arzt die Deutsche Rentenversicherung Westfalen über den bleibenden Erfolg der Kinderrehabilitation informiert, indem er die ausgefüllten Fragebogen 1 und 2 (Formulare G2462-11 und G2463-11) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersendet.
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

Hinweis für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt des Kindes:

Dieses Formular sowie die Fragebogen einschließlich Honorarabrechnung (Formulare G2462-11 und G2463-11) stehen im Internet zum Herunterladen zur Verfügung. Sie finden die Formulare unter Angabe der Formelnummer unter:

www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de