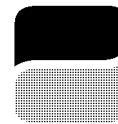


Versicherungsnummer



Faxmitteilung an den Rentenversicherungsträger

Einwilligungserklärung zur Datenabfrage - Einleitung einer Anschlussrehabilitation (AHB) - Klärung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen durch den Sozialdienst des behandelnden Krankenhauses

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Angaben zur Person

Name und Vorname der Patientin / des Patienten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Krankenkasse	Onkologie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ich willige ein, dass der Sozialdienst des Krankenhauses

Name und Ort des Krankenhauses

beim gesetzlichen Rentenversicherungsträger die Kontoführung sowie das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine AHB erfragt

nein ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Auskunftersuchen

Name der Ansprechpartnerin / des Ansprechpartners
Telefondurchwahl, Fax

Antwort

nur vom Rentenversicherungsträger auszufüllen

Bei welchem Rentenversicherungsträger wird aktuell das Rentenversicherungskonto geführt?

Kontoführender Träger

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?

nein ja

Eventuell vorliegende Ausschlussgründe sind vom Sozialdienst beim Patienten zu erfragen

Datum, Stempel, Unterschrift des Sozialdienstes des Krankenhauses

Datum, Stempel, Unterschrift des Rentenversicherungsträgers



