

An
InReha GmbH
 Hauptverwaltung
 Havighorster Weg 8a
 21031 Hamburg

Besuchsauftrag * - Fax an 040 / 72 00 40 88

* Besuchsauftrag entsprechend Angebot 1 aus Preisliste Nr. 5/2017 RM - gültig seit 01.01.2017

Angaben zum Auftraggeber

Versicherung _____

 Sachbearbeiter/in _____
 Telefon/Fax _____
 E-Mail _____

Angaben zum Geschädigten

Schadenummer								
Unfalltag								
Name, Vorname								
Str., PLZ, Wohnort								
Telefon/E-Mail								
Geburtsdatum								
Familienstand								
Kinder/Geburtsdat.								
Beruf/Einkommen								
Aktuell stationär in Krankenhaus / Reha-klinik?								
Erlittene Verletzungen								
Vertreten durch / Rechtsanwalt								
Erforderlich sind	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Besuchsbericht erstellen</td> <td rowspan="6">Besonders zu beachten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> med. Rehamanagement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> berufliches Rehamanagement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reha-Arbeitsvermittlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stellungnahme z. Pflegebedarf</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Besuchsbericht erstellen	Besonders zu beachten	<input type="checkbox"/> med. Rehamanagement	<input type="checkbox"/> berufliches Rehamanagement	<input type="checkbox"/> Reha-Arbeitsvermittlung	<input type="checkbox"/> Stellungnahme z. Pflegebedarf	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Besuchsbericht erstellen	Besonders zu beachten							
<input type="checkbox"/> med. Rehamanagement								
<input type="checkbox"/> berufliches Rehamanagement								
<input type="checkbox"/> Reha-Arbeitsvermittlung								
<input type="checkbox"/> Stellungnahme z. Pflegebedarf								
<input type="checkbox"/>								

Ort, Datum _____ Unterschrift _____