

Auftrag Rehamanagement - Fax an 040 / 72 00 40 88

Angaben zum Auftraggeber

Versicherung (Stempel) _____

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

Angaben zum Geschädigten

Schadensnummer		
Unfalltag		
Name, Vorname		
Str., Nr., PLZ, Wohnort		
Telefon/E-Mail		
Geburtsdatum		
Familienstand/Kinder		
Beruf/Einkommen		
Aktuell zuhause oder stationär in Klinik?		
Verletzungen (oder siehe Anlage/n)		
Vertreten durch / Rechtsanwalt		
Auftrag umfasst	<input checked="" type="checkbox"/> Besuchsbericht erstellen <input type="checkbox"/> med. Rehamanagement <input type="checkbox"/> berufliches Rehamanagement <input type="checkbox"/> Reha-Arbeitsvermittlung <input type="checkbox"/> Stellungnahme z. Pflegebedarf <input type="checkbox"/> Wohnversorgung <input type="checkbox"/> Mobilitäts-/Hilfsmittelberatung <input type="checkbox"/>	Besonders zu beachten
Sonstiges		

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anlage (n)