

An
InReha GmbH
 Hauptverwaltung
 Havighorster Weg 8a
 21031 Hamburg

Besuchsauftrag* - Fax an 040 / 72 00 40 88

Versicherer/Ansprechpartner

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

Auftraggeber _____
 SachbearbeiterIn _____
 Telefon/Fax _____
 E-Mail _____

Angaben zum Geschädigten/Versicherten

AZ / Schadenr.	
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	<input checked="" type="checkbox"/> Besuchsbericht erstellen <input type="checkbox"/> Med. Rehamanagement <input type="checkbox"/> Berufliches Rehamanagement <input type="checkbox"/> Stellungnahme Pflegebedarf <input type="checkbox"/>
	Besonders zu beachten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____