

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Name und Anschrift der/des Versicherten:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
VS-Nr.:

**Antrag
auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen
nach §§ 23, 40 SGB V**

Entsprechend dem beigefügten ärztlichen Attest beantrage ich eine stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige

.....
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

Grund der Maßnahme:

Meine Gesundheitsstörungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Unterlagen.

Meine Gesundheitsstörungen sind eine Folge

- eines Arbeitsunfalls/ einer Berufskrankheit

ja
 nein

- eines sonstigen Unfallereignisses (z.B. Verkehrsunfall, Unfall beim Sport)

ja
 nein

- Meine Erwerbsfähigkeit ist nicht erheblich gefährdet bzw. gemindert.

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person für den angegebenen Zweck und Dauer gespeichert und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen den für meine Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme zusammen arbeitenden Stellen (Beratungsstelle, zentrale Vermittlungsstelle, Arzt, Kostenträger, Kureinrichtung) übermittelt werden.

Datum.....

Unterschrift