

BESCHEINIGUNG REHAFÄHIGKEIT

Name der/des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Feststellung der Rehafähigkeit:

Hiermit wird bescheinigt, dass die/der oben genannte Versicherte aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme hat, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. Die Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die Voraussetzungen für eine medizinische Reha erfüllt sind.

Diagnose(n):

Empfohlene Rehabilitationsmaßnahme:

Prognose und Begründung:

Datum der Untersuchung: _____

Name und Unterschrift des Arztes: _____

Unterschrift Arzt

Stempel der Praxis / Klinik

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/bescheinigung-rehafahigkeit/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.