

# ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER REHABILITATION UND TEILHABE

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Rehabilitationsmaßnahme

Art der Maßnahme (z.B. Anschlussrehabilitation, Mutter-/Vater-Kind-Kur):

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt / Ärztin:

\_\_\_\_\_

Diagnose (ICD-Code):

\_\_\_\_\_

## Erklärung und Einwilligung

Hiermit beantrage ich die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben bei der Knappschaft. Ich versichere, dass die angegebenen Daten vollständig und richtig sind. Ich stimme der Übermittlung der erforderlichen Daten an die Knappschaft zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/knappschaft-reha-antrag/>

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.