

- Anschrift der Einrichtung
-

**Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
Frau Constanze Kühn - persönlich –
10704 Berlin**

Datum

**(Sammel-) Anträge auf Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach
§ 14 - Sechstes Sozialgesetzbuch - SGB VI**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Einleitung einer Präventionsleistung in unserer Rehabilitationseinrichtung übersenden wir Ihnen nachfolgende Antragsunterlagen für Versicherte der **Deutschen Rentenversicherung**.

Versicherungsnummer	Name, Vorname	Einwilligungserklärung liegt uns vor
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit freundlichen Grüßen

Präventionsleistungen der Rentenversicherung

Angaben zur Präventionseinrichtung, Ort, Beginn und konkrete Ausgestaltung

1. Initialphase:

Reha-Einrichtung	
Durchführungsart: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig - ambulant	Voraussichtlicher Beginn

2. Ambulante Trainingsphase:

Reha-Einrichtung	Voraussichtlicher Beginn
------------------	--------------------------

3. Auffrischungstag / Auffrischungstage:

Reha-Einrichtung	
Durchführungsart: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig - ambulant	Voraussichtlicher Beginn

Ort, Datum

Unterschrift