

Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

oder

Krankenversicherungsnummer

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung

G400

Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers

Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung

Angaben zur Person

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Beginn der Entwöhnungsbehandlung
Voraussichtliches Ende der Entwöhnungsbehandlung
Vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung
Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

