An den Leistungsträger:

Deutsche Rentenversicherung Bund/Hessen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantragen wir die Genehmigung der AHB für Herrn/Frau … nach Überschreitung von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Der Patient/ die Patientin war zum Zeitpunkt der Entlassung nicht belastbar genug, um die Reha-Maßnahme zu beginnen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers