Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

G120

AUD-Beleg

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname	Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten

Von der Krankenkasse auszufüllen - Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -

Als Behandlung in Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:
- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung)
  - nach § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes)

In den letzten 3 Jahren vor Rehabilitationsantragstellung lagen Arbeitsunfähigkeit / Krankenhausaufenthalte / Rehabilitationsaufenthalte vor

☐ nein

☐ ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten sind - beginnend mit der letzten (einschließlich der laufenden) - nachstehend lückenlos aufgeführt:

☐ anstelle der manuellen Aufstellung ist ein EDV-Ausdruck beigefügt

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum	