

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen -
Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation**

G0120

Name, Vorname	Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten

Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -

Als Behandlung in Krankenhäusern / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - nach § 40 Absatz 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V), stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung
 - nach § 41 Absatz 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 beigelegt

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	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

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	
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	