Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

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

G120

Name, Vorname	Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten

Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -

Als Behandlung in Krankenhaus / 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 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	

G0120 PDF
V003 - 30.03.2011 - 3

Versicherungsnummer

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	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum	

G0120 PDF
V003 - 30.03.2011 - 3