

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



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 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 <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

Grid for insurance number

Grid for identification number

Grid for MSAT/MSNR

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	

