

## Bescheinigung über die Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

### Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

Name Vorname

Straße

PLZ Wohnort

geb. am

**Versicherungsnummer**

### Patient (falls nicht Versicherter)

**Ausstellende Klinik** (bitte genaue Adresse angeben)

Klinik

Straße

PLZ Ort

### Rentenversicherungsträger:

Deutsche Rentenversicherung

Schwaben

Dieselstr. 9

86154 Augsburg

### Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Die Leistung wird aus medizinischen Gründen bis einschließlich \_\_\_\_\_ verlängert.

Eine eingehende Begründung über die Notwendigkeit dieser Verlängerung erfolgt im Entlassungsbericht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

**zum Verbleib in der Klinik**

Abs. : Klinik, Straße PLZ Ort

Deutsche Rentenversicherung  
Schwaben  
Dieselstr. 9  
86154 Augsburg

Versicherungsnummer:

### **Bescheinigung über die Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

Versicherter: **Vorname Name** geboren am

Patient (falls nicht Versicherter):

Anschrift: **Straße PLZ Wohnort**

Die Leistung wird aus medizinischen Gründen bis einschließlich \_\_\_\_\_ verlängert.

Eine eingehende Begründung über die Notwendigkeit dieser Verlängerung erfolgt im Entlassungsbericht.

Die Name der Krankenkasse, Straße PLZ Ort hat einen Abdruck dieser Bescheinigung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Dateneingabe:

Erfasst: \_\_\_\_\_

Geprüft: \_\_\_\_\_

## Bescheinigung über die Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

-Abdruck für den **Versicherten**-

### Ausstellende Klinik

Klinik

Versicherter: Vorname Name geboren am

Versicherungsnummer:

Patient (falls nicht Versicherter):

Anschrift: Straße PLZ Wohnort

Die Leistung wird aus medizinischen Gründen bis einschließlich                      verlängert.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes

### Hinweis des Rentenversicherungsträgers:

Sofern Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen, sind Sie nach § 9  
Entgeltfortzahlungsgesetz verpflichtet, Ihrem Arbeitgeber die beiliegende  
Bescheinigung unverzüglich vorzulegen. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung kann  
gefährdet sein, wenn Sie dieser Verpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen

### Original hat erhalten:

Deutsche Rentenversicherung  
Schwaben  
Dieselstr. 9  
86154 Augsburg

### Abdruck für Krankenkasse hat erhalten:

Name der Krankenkasse  
Straße  
PLZ Ort

**Bescheinigung über die Verlängerung einer Leistung zur medizinischen  
Rehabilitation nach § 9 Entgeltfortzahlungsgesetz**

-Abdruck für den **Versicherten zur Weiterleitung an den Arbeitgeber-**

Versicherter: Vorname Name geboren am

Versicherungsnummer:

Patient (falls nicht Versicherter):

Anschrift: Straße PLZ Wohnort

Die Leistung wird aus medizinischen Gründen bis einschließlich \_\_\_\_\_ verlängert.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

**Hinweis des Rentenversicherungsträgers:**

Die Kosten der Leistung werden von der Deutschen Rentenversicherung voll im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften übernommen. Ein etwaiger Entgeltfortzahlungsanspruch bleibt hiervon unberührt.

**Original hat erhalten:**

Deutsche Rentenversicherung  
Schwaben  
Dieselstr. 9  
86154 Augsburg

**Abdruck für Krankenkasse hat erhalten:**

Name der Krankenkasse  
Straße  
PLZ Ort

Abs. : Klinik, Straße PLZ Ort

Name der Krankenkasse  
Straße  
PLZ Ort

**Versicherungsnummer:**

**Bescheinigung über die Verlängerung einer Leistung zur medizinischen  
Rehabilitation**

Versicherter: Vorname Name geboren am

Patient (falls nicht Versicherter):

Anschrift: Straße PLZ Wohnort

Die Leistung wird aus medizinischen Gründen bis einschließlich \_\_\_\_\_ verlängert.

Das Original hat die

Deutsche Rentenversicherung  
Schwaben  
Dieselstr. 9  
86154 Augsburg

erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes