Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Faxnummer 0821/500-77499

Deutsche Rentenversicherung
Sicherheit für Generationen

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/MSNR

Fax-Mitteilung

Abbruchsmeldung

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Die am **begonnene Leistung zur medizinischen Rehabilitation**
wurde am **(= letzter Tag der Teilnahme) abgebrochen.**

Unterbrechungsmeldung

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Die am **begonnene Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde unterbrochen am:**

Datum und **Grund** der Unterbrechung (AU-Meldung / Nachweise liegen bei oder werden nachgereicht)

Datum und **Grund** der Unterbrechung (AU-Meldung / Nachweise liegen bei oder werden nachgereicht)

Datum und **Grund** der Unterbrechung (AU-Meldung / Nachweise liegen bei oder werden nachgereicht)

Es sind die genauen Zeiträume und die genauen Unterbrechungsgründe anzugeben. Angaben wie „entschuldigt“ oder „sonstiger Grund“ sind nicht ausreichend.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung