

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Fax-Mitteilung

Absender / Rehabilitationseinrichtung:
--

Deutsche Rentenversicherung Bund

Fax: 030 865-7971500

Unterbrechungsmeldung Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen / RPK

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird beziehungsweise wurde in unserem Hause durchgeführt.

Datum

Zeitraum

seit dem _____

vom - bis _____

Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde unterbrochen am:

Datum und Grund der Unterbrechung
Datum und Grund der Unterbrechung
Datum und Grund der Unterbrechung

Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde unterbrochen vom - bis

Zeitraum und Grund der Unterbrechung
Zeitraum und Grund der Unterbrechung
Zeitraum und Grund der Unterbrechung

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung



