

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSAT / MSNR
-------------

**Fax-Mitteilung**

Absender / Rehabilitationseinrichtung:
--

**Deutsche Rentenversicherung Bund**

<b>Fax: 030 865-7971500</b>
-----------------------------

**Abbruchmeldung Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen / RPK**

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

Die in unserem Hause durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde vorzeitig beendet.

**Begründung**

--

Letzter Tag der Teilnahme an der Rehabilitation
---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung



