



Arbeitgeber:

## Verlängerungsanzeige

gemäß § 9 (2) des Entgeltfortzahlungsgesetzes

Datum

Versicherungsnummer

Versicherte(r) (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	

Aufnahmetag:	bisher genehmigt bis:
--------------	-----------------------

Die von der Deutschen Rentenversicherung Nord bewilligte Leistung zur medizinischen Rehabilitation muss aus ärztlichen Gründen über den zunächst vorgesehenen Zeitraum hinaus verlängert werden.

**Voraussichtlicher Entlassungstag:** \_\_\_\_\_

Die Kosten der Verlängerung werden von der Deutschen Rentenversicherung Nord voll übernommen.

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

**Original für Rentenversicherungsträger**

- Kopien für Rehabilitationseinrichtung, Arbeitgeber