

Versicherungsnummer

Grid for insurance number

Kennzeichen (soweit bekannt)

Grid for identification number



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Grid for MSAT / MSNR

Antrag auf Verlängerung einer ambulanten Leistung oder Änderung der Leistungsform zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

G0410

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers
Fax-Nummer

Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung
Fax-Nummer / Telefonnummer

Angaben zur Person

Name, Vorname, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Beginn der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen:

Datum grid

Bewilligt bis:

Datum grid

Verlängerung der ambulanten Leistung

Zeitliche Verlängerung um Monate bis: Datum grid
Beantragung weiterer Therapieeinheiten TE

Änderung der Leistungsform

Die versicherte Person befindet sich derzeit in medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen in:
Die Leistung soll weitergeführt werden:
Wechsel der Leistungsform geplant ab: Datum grid
Vorgeschlagene Einrichtung bei Wechsel der Leistungsform: Name und Anschrift

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung







