

Versicherungsnummer:
Kennzeichen:
Maßnahmeart / Maßnahmenummer:



**Deutsche
Rentenversicherung**

IK des Kostenträgers

Absender:
Name der Rehabilitationseinrichtung

Krankenkasse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon und Fax

Datum:

IK der Rehabilitationseinrichtung

Entlassungsmitteilung

Leistung für:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Aufnahmetag:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Entlassungstag:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Ergebnis der Rehabilitationsleistung

(Angabe nicht ausfüllen, wenn die Rehabilitandin / der Rehabilitand nach § 76 Absatz 2 Nummer 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch widersprochen hat.)

sofort arbeitsfähig arbeitsunfähig

Entlassungsform

- planmäßige Entlassung (regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis)
- nicht planmäßige Entlassung (vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch)
- verlegt
- Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
- gestorben

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift

