

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Absender:

Name der Rehabilitationseinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon und Fax

Deutsche Rentenversicherung

Datum:

IK der Rehabilitationseinrichtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Entlassungsmitteilung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Leistung für:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

aus der Versicherung von:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ende der Leistung:

Tag	Monat	Jahr

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Absender:

Name der Rehabilitationseinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon und Fax

Gesetzliche Krankenkasse

Datum:

IK der Rehabilitationseinrichtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Entlassungsmitteilung

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Leistung für:

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum																				
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort																					

aus der Versicherung von:

Name, Vorname	Geburtsdatum																				
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort																					

Ende der Leistung:

Tag	Monat	Jahr

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift



