

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



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

Abrechnung

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

Leistung für:

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Beginn der Leistung (Erster Behandlungstag / erste Therapieeinheit):

Tag	Monat	Jahr

Ende der Leistung (Letzter Behandlungstag / letzte Therapieeinheit):

Tag	Monat	Jahr

Anzahl der ganztägig ambulanten Leistungen (Behandlungstage):

--

Anzahl der ambulanten Leistungen (Therapieeinheiten):

--

Die ganztägig ambulanten Leistungen wurden an folgenden Tagen erbracht:



