

Versicherungsnummer

ATAD

**Bitte in Abständen von 14 Tagen
vorlegen.**

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Bescheinigung

der Teilnahme an einer ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

X = Anwesend K = Krankheit (ärztliche Bestätigung liegt vor) eF = entschuldigtes Fehlen aus sonstigen Gründen (bitte Begründung mitteilen) uF = unentschuldigtes Fehlen

Nr.	Datum	Anwesenheit / Abwesenheit (Erläuterung siehe oben)	Begründung (nur bei eF)	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Datum

Unterschrift, Stempel der Rehabilitationseinrichtung

Zurück an:

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Leistungsabteilung
Bereich Rehabilitation
Team AHB / Sucht
67340 Speyer

Zutreffende Telefaxnummer

Geburts- tag Versicherte / Versicherter	Telefaxnummer
000000 bis 160266	06232 17-128047
160267 bis 999999	06232 17-128048

Per Telefaxnummer 06232 17- _____, Seitenanzahl: _____