





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div>	<div></div>



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

<div></div>
-------------

Absender:

Name der Rehabilitationseinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon und Fax

Gesetzliche Krankenkasse

Datum:

IK der Rehabilitationseinrichtung
<div></div>

## Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

### Beginnmitteilung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

Leistung für:

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
<div></div>	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
<div></div>	

aus der Versicherung von:

Name, Vorname	Geburtsdatum
<div></div>	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
<div></div>	

Beginn der Leistung (Erster Behandlungstag / erste Therapieeinheit):

Tag	Monat	Jahr
<div></div>	<div></div>	<div></div>

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift



