

Versicherungsnummer
---------------------

**AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen -  
Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
**G120**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten**
**Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -**

Als Behandlung in Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Absatz 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V), stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung
  - nach § 41 Absatz 1 SGB V, Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes

In den letzten 3 Jahren vor Rehabilitationsantragstellung lagen Arbeitsunfähigkeit / Krankenhausaufenthalte / Rehabilitationsaufenthalte vor

- nein
- ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten sind - beginnend mit der letzten (einschließlich der laufenden) - nachstehend lückenlos aufgeführt:
- anstelle der manuellen Aufstellung ist ein EDV-Ausdruck beigefügt

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	

Versicherungsnummer

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

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen																				
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
vom - bis																					
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung																					
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift																					
	Datum																				
	<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>																				