



Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**AUD-Beleg**  
**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

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

**Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen / Angaben zu Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten**

**Von der Krankenkasse auszufüllen - Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -**

Als Behandlung in Krankenhaus / Reha-Einrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Reha-Einrichtung)
  - nach § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes)

In den letzten drei Jahren vor Reha-Antragstellung lagen Arbeitsunfähigkeit / Krankenhaus- / Reha-Aufenthalte vor

nein

ja, Arbeitsunfähigkeiten sind - beginnend mit der letzten (einschließlich der laufenden) - nachstehend lückenlos aufgeführt:

anstelle der manuellen Aufstellung ist ein EDV-Ausdruck beigefügt

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

| Arbeitsunfähigkeit   | Diagnosen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom - bis  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p data-bbox="178 1088 616 1122">Stempel der Krankenkasse, Unterschrift</p> <div data-bbox="1214 1368 1490 1431"> <p data-bbox="1214 1368 1273 1391">Datum</p> <table border="1" data-bbox="1214 1391 1490 1431"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table> </div> |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |