



Versicherungsnummer

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

## AUD-Beleg

### Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

#### Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsaufenthalten

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

Als Behandlung in Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung)
  - nach § 41 Abs. 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 beigelegt

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	

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											
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             Datum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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>											