

**Anlage 5:  
Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach  
§ 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

**Dauer der Verlängerung:**

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.  
<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.  
Verlängerungsanzeige nach § 301 SGB V

