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

**Absender:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: |  |
| Institutionskennzeichen: |  |
| Kostenträger[[1]](#footnote-1): |  |
| IK des Kostenträgers:[[2]](#footnote-2) |  |

**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: |  |

**Behandlungsdiagnosen:** (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose (ICD10, Lokalisation): |  |
| Ggf. Sekundärdiagnose (ICD10, Lokalisation): |  |

**Medizinische Begründung:**

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

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterzeichner / Unterschrift |

1. Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist. [↑](#footnote-ref-2)