

Versicherungsnummer

[Grid for insurance number]

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

[Grid for identification code]



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

[Grid for MSAT / MSNR]

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau**

### 1 Angaben zur Person

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| Versicherter (Name, Vorname)                        |  | Geburtsdatum<br>                |  |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort           |  |                                 |  |
| Telefon   |  |                                 |  |
| Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis |  | in (Rehabilitationseinrichtung) |  |

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

|    |                   |
|----|-------------------|
| 1. | ICD-Schlüssel<br> |
| 2. | ICD-Schlüssel<br> |
| 3. | ICD-Schlüssel<br> |
| 4. | ICD-Schlüssel<br> |

### 3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen                     |
| <input type="checkbox"/> | Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 3

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf   |
| <input type="checkbox"/> | strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> | Förderung von Selbstmanagementkompetenzen   |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____  |

#### 4 Nachsorgeprogramm

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>4.1 Art des Nachsorgeprogramms</b> |   |
| <input type="checkbox"/>              | T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/>              | Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)      |
| <input type="checkbox"/>              | IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)            |
| <b>4.2 Form der Durchführung</b>      |   |
| <input type="checkbox"/>              | Standard (vor Ort)                              |
| <input type="checkbox"/>              | Tele (inklusive telefonische Interventionen)    |

#### 5 Nachsorgeanbieter und Durchführungsort

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Name                                  |       |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort |       |
| Postanschrift, falls abweichend       |       |
| Telefon                               | Email |

#### 6 Beginn der Reha-Nachsorge

|                   |  |      |       |      |  |  |  |
|-------------------|--|------|-------|------|--|--|--|
| Geplanter Beginn: | <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag               | Monat  | Jahr |       |      |  |  |  |
|                   |  |      |       |      |  |  |  |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| <b>7.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)</b> |   |                          |
| <input type="checkbox"/>                         | Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten |                          |
| Gezielter Trainingsbereich                       |   |                          |
| <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| HWS / Schulter-Arm                               | LWS / Rumpf   | Becken / Bein            |



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

### 7.2 Psy-RENA

Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten

Weitere Hinweise:

### 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- andere Zeitabfolge / Terminabfolge innerhalb von 12 Monaten (zum Beispiel 2 mal pro Woche pro Monat nach 3, 6 und 11 Monaten; 1 Tag alle 3 Monate)

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung dieser Empfehlung erhält.

nein  ja

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Reha-Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

MSAT / MSNR

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

|                              |
|------------------------------|
| <b>Gilt als Kostenzusage</b> |
|------------------------------|

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

|  |
|--|
| <b>Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau</b> |
|--|

### 1 Angaben zur Person

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Versicherter (Name, Vorname)                        | Geburtsdatum                    |
|   |                                 |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort           |                                 |
|   |                                 |
| Telefon   |                                 |
|   |                                 |
| Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis | in (Rehabilitationseinrichtung) |
|   |                                 |

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

|    |               |
|----|---------------|
| 1. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 2. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 3. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 4. | ICD-Schlüssel |
|    |               |

### 3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen                     |
| <input type="checkbox"/> | Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

noch Ziffer 3

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf   |
| <input type="checkbox"/> | strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> | Förderung von Selbstmanagementkompetenzen   |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____  |

**4 Nachsorgeprogramm**

**4.1 Art des Nachsorgeprogramms**

T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)

Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)

IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

**4.2 Form der Durchführung**

Standard (vor Ort)

Tele (inklusive telefonische Interventionen)

**5 Nachsorgeanbieter und Durchführungsort**

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Name                                  |       |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort |       |
| Postanschrift, falls abweichend       |       |
| Telefon                               | Email |

**6 Beginn der Reha-Nachsorge**

Geplanter Beginn: 

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

Tag
Monat
Jahr

**7 Weitere Angaben zur Empfehlung**

**7.1 T-RENA** (bitte Trainingsplan beifügen)

Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten

Gezielter Trainingsbereich

HWS / Schulter-Arm       LWS / Rumpf       Becken / Bein



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

### 7.2 Psy-RENA

Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten

Weitere Hinweise:

### 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- andere Zeitabfolge / Terminabfolge innerhalb von 12 Monaten (zum Beispiel 2 mal pro Woche pro Monat nach 3, 6 und 11 Monaten; 1 Tag alle 3 Monate)

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung dieser Empfehlung erhält.

nein  ja

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Reha-Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten





Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

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

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| Versicherter (Name, Vorname)                        |  | Geburtsdatum                    |  |
|   |  |                                 |  |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort           |  |                                 |  |
|   |  |                                 |  |
| Telefon   |  |                                 |  |
|   |  |                                 |  |
| Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis |  | in (Rehabilitationseinrichtung) |  |
|   |  |                                 |  |

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

|    |               |
|----|---------------|
| 1. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 2. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 3. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 4. | ICD-Schlüssel |
|    |               |

### 3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen                     |
| <input type="checkbox"/> | Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer **3**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf   |
| <input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |

#### 4 Nachsorgeprogramm

|  |
|--|
| <b>4.1 Art des Nachsorgeprogramms</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)      |
| <input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)            |
| <b>4.2 Form der Durchführung</b>   |
| <input type="checkbox"/> Standard (vor Ort)                              |
| <input type="checkbox"/> Tele (inklusive telefonische Interventionen)    |

#### 5 Nachsorgeanbieter und Durchführungsort

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Name                                  |       |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort |       |
| Postanschrift, falls abweichend       |       |
| Telefon                               | Email |

#### 6 Beginn der Reha-Nachsorge

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Geplanter Beginn: | Tag | Monat | Jahr |
|                   |     |       |      |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>7.1 T-RENA</b> (bitte Trainingsplan beifügen)   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten |                                      |  |
| Gezielter Trainingsbereich   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Arm  | <input type="checkbox"/> LWS / Rumpf | <input type="checkbox"/> Becken / Bein |



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

### 7.2 Psy-RENA

Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten

Weitere Hinweise:

### 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- andere Zeitabfolge / Terminabfolge innerhalb von 12 Monaten (zum Beispiel 2 mal pro Woche pro Monat nach 3, 6 und 11 Monaten; 1 Tag alle 3 Monate)

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---------------------|---------------------------------|-------------|

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung dieser Empfehlung erhält.

nein  ja

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Reha-Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |



MSAT / MSNR

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

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau**

### 1 Angaben zur Person

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Versicherter (Name, Vorname)                        | Geburtsdatum                    |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort           |                                 |
| Telefon   |                                 |
| Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis | in (Rehabilitationseinrichtung) |

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

|    |               |
|----|---------------|
| 1. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 2. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 3. | ICD-Schlüssel |
|    |               |
| 4. | ICD-Schlüssel |
|    |               |

### 3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen                     |
| <input type="checkbox"/> | Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

### 7.2 Psy-RENA

Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten

Weitere Hinweise:

### 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- andere Zeitabfolge / Terminabfolge innerhalb von 12 Monaten (zum Beispiel 2 mal pro Woche pro Monat nach 3, 6 und 11 Monaten; 1 Tag alle 3 Monate)

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung dieser Empfehlung erhält.

nein  ja

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Reha-Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau**

### 1 Angaben zur Person

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| Versicherter (Name, Vorname)                        |  | Geburtsdatum                    |  |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort           |  |                                 |  |
| Telefon   |  |                                 |  |
| Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis |  | in (Rehabilitationseinrichtung) |  |

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

|    |               |
|----|---------------|
| 1. | ICD-Schlüssel |
| 2. | ICD-Schlüssel |
| 3. | ICD-Schlüssel |
| 4. | ICD-Schlüssel |

### 3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen                     |
| <input type="checkbox"/> | Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

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

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

noch Ziffer **3**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf   |
| <input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |

#### 4 Nachsorgeprogramm

|  |
|--|
| <b>4.1 Art des Nachsorgeprogramms</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)      |
| <input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)            |
| <b>4.2 Form der Durchführung</b>   |
| <input type="checkbox"/> Standard (vor Ort)                              |
| <input type="checkbox"/> Tele (inklusive telefonische Interventionen)    |

#### 5 Nachsorgeanbieter und Durchführungsort

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Name                                  |       |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort |       |
| Postanschrift, falls abweichend       |       |
| Telefon                               | Email |

#### 6 Beginn der Reha-Nachsorge

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Geplanter Beginn: | Tag | Monat | Jahr |
|                   |     |       |      |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

|  |
|--|
| <b>7.1 T-RENA</b> (bitte Trainingsplan beifügen)   |
| <input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten |
| Gezielter Trainingsbereich   |
| <input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Arm <input type="checkbox"/> LWS / Rumpf <input type="checkbox"/> Becken / Bein                              |



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

### 7.2 Psy-RENA

Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten

Weitere Hinweise:

### 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- andere Zeitabfolge / Terminabfolge innerhalb von 12 Monaten (zum Beispiel 2 mal pro Woche pro Monat nach 3, 6 und 11 Monaten; 1 Tag alle 3 Monate)

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---------------------|---------------------------------|-------------|

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung dieser Empfehlung erhält.

nein  ja

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Reha-Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

