

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (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 / Verfestigung 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 | |
| <input type="checkbox"/> | T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) |
| 4.2 Form der Durchführung | |
| <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7 Weitere Angaben zur Empfehlung

| | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 7.1 T-RENA (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"/> | <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 (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 **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 | |
| <input type="checkbox"/> | T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) |
| 4.2 Form der Durchführung | |
| <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

| | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 7.1 T-RENA (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"/> | <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 (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 **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 |
| <input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) |
| 4.2 Form der Durchführung |
| <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

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.1 T-RENA (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
(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) |
|---------------------|---------------------------------|



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 (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)

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



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

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 4.1 Art des Nachsorgeprogramms | |
| <input type="checkbox"/> | T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> | IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) |
| 4.2 Form der Durchführung | |
| <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

| | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 7.1 T-RENA (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"/> | <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

