

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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

### 1 Angaben zur Person

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

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 Vereinbarte Nachsorgeziele

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



noch Ziffer 3

- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)  Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: \_\_\_\_\_

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm  LWS / Rumpf  Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 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
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

### noch Ziffer 5.2

Weitere Hinweise:

#### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital 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

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:

### 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

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

### 7 Beginn der Reha-Nachsorge

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**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

Mir ist bekannt, 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 diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 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 einer Teilrente 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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

### 1 Angaben zur Person

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

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 Vereinbarte Nachsorgeziele

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



noch Ziffer 3

- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)  Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: \_\_\_\_\_

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm  LWS / Rumpf  Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 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
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

### noch Ziffer 5.2

Weitere Hinweise:

#### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital 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

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:

### 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

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

### 7 Beginn der Reha-Nachsorge

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**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

Mir ist bekannt, 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 diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 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 einer Teilrente 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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

<b>1 Angaben zur Person</b>		<b>Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau</b>
Name, Vorname		Geburtsdatum  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Telefon		
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)	

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

	ICD-Schlüssel
1.	
2.	
3.	
4.	

### **3 Vereinbarte Nachsorgeziele**

- Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
- Stabilisierung / Verfestigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



noch Ziffer 3

- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)  Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: \_\_\_\_\_

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm  LWS / Rumpf  Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 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
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 5.2

Weitere Hinweise:

### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital 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

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:

## 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

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

## 7 Beginn der Reha-Nachsorge

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**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

Mir ist bekannt, 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 diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 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 einer Teilrente 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



## Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

— 1 —

## 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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

<b>1 Angaben zur Person</b>		<b>Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau</b>
Name, Vorname		Geburtsdatum  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Telefon		
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)	

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

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

### **3 Vereinbarte Nachsorgeziele**

- Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
- Stabilisierung / Verfestigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



noch Ziffer 3

- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)  Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: \_\_\_\_\_

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm  LWS / Rumpf  Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 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
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

### noch Ziffer 5.2

Weitere Hinweise:

#### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital 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

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:

### 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

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

### 7 Beginn der Reha-Nachsorge

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**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

Mir ist bekannt, 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 diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 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 einer Teilrente 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

