

Versicherungsnummer	Kennzeichen (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 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 / 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

- 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  
(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**

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)

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 (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

- 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 (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 (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

