

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

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

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

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

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau****1 Angaben zur Person**

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

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

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

**3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele**

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



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

noch Ziffer 3

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

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 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: | <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag               | Monat                                                                                                                     | Jahr |       |      |  |  |  |
|                   |                                                                                                                           |      |       |      |  |  |  |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 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<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 7.1

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belastungseinschränkungen:                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7.2 Psy-RENA</b>                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7.3 IRENA</b>                                                                                                                                                                                 |
| Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>mindestens 2</b> der folgenden <b>3 Therapiefelder</b> sind erforderlich:                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld I</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)<br>zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld II</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)<br>zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie       |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld III</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)<br>zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung                      |
| Weitere Hinweise:                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                  |

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



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

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### 8.2 Information

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

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

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

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

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

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

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

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau****1 Angaben zur Person**

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

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

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

**3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele**

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



|                                                                                 |                                                                                 |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                 | MSAT / MSNR                                                                     |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |

noch Ziffer 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf<br><input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung<br><input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen<br><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: | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 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<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 7.1

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belastungseinschränkungen:                                                                                                                                                                       |
| <b>7.2 Psy-RENA</b>                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                |
| <b>7.3 IRENA</b>                                                                                                                                                                                 |
| Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>mindestens 2</b> der folgenden <b>3 Therapiefelder</b> sind erforderlich:                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld I</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)<br>zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld II</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)<br>zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie       |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld III</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)<br>zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung                      |
| Weitere Hinweise:                                                                                                                                                                                |

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



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

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### 8.2 Information

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

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

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

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

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

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

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

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau****1 Angaben zur Person**

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

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

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

**3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele**

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



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

noch Ziffer 3

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

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 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: | <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag               | Monat                                                                                                                     | Jahr |       |      |  |  |  |
|                   |                                                                                                                           |      |       |      |  |  |  |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 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<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 7.1

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belastungseinschränkungen:                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7.2 Psy-RENA</b>                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7.3 IRENA</b>                                                                                                                                                                                 |
| Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>mindestens 2</b> der folgenden <b>3 Therapiefelder</b> sind erforderlich:                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld I</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)<br>zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld II</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)<br>zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie       |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld III</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)<br>zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung                      |
| Weitere Hinweise:                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                  |

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



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

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### 8.2 Information

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

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

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

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

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

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

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

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau****1 Angaben zur Person**

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

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

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

**3 Mit dem Rehabilitanden vereinbarte Nachsorgeziele**

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



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

noch Ziffer 3

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

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 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: | <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag               | Monat                                                                                                                     | Jahr |       |      |  |  |  |
|                   |                                                                                                                           |      |       |      |  |  |  |

#### 7 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 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"/>   |                                                                                                                             |                          | <input type="checkbox"/> |
|                            |                                                                                                                             |                          | Becken / Bein            |



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

noch Ziffer 7.1

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belastungseinschränkungen:                                                                                                                                                                       |
| <b>7.2 Psy-RENA</b>                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                |
| <b>7.3 IRENA</b>                                                                                                                                                                                 |
| Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>mindestens 2</b> der folgenden <b>3 Therapiefelder</b> sind erforderlich:                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld I</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)<br>zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld II</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)<br>zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie       |
| <input type="checkbox"/> <b>Therapiefeld III</b> (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)<br>zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung                      |
| Weitere Hinweise:                                                                                                                                                                                |

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



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

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### 8.2 Information

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

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

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

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter


**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 / Verfestigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen |



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

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: | <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> |
|-------------------|-------------------------------------------------|

#### 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"/>   |                                                                                                                             |                          | <input type="checkbox"/> |
|                            |                                                                                                                             |                          | Becken / Bein            |



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

noch Ziffer 7.1

Belastungseinschränkungen:

## 7.2 Psy-RENA

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

Weitere Hinweise:

## 7.3 IRENA

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

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

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

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

Weitere Hinweise:

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung



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

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### 8.2 Information

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

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

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

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

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

