Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

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

☐ Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen

G4802-00 DRV
Version 04004 - PGRN 3/2019 - Stand 24.09.2019

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	
Herr Stefan Premke	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Bahnhofstr. 4, 94501 Aldersbach	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
085436246530	

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

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)

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

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

☐ Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen

G4802-00 DRV
Version 04004 - PGRN 3/2019 - Stand 24.09.2019

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	
Herr Stefan Premke	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Bahnhofstr. 4, 94501 Aldersbach	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
085436246530	

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

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)

Ausfertigung für die Versicherte / den Versicherten

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

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

☐ Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen

G4802-00 DRV
Version 04004 - PGRN 3/2019 - Stand 24.09.2019

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	
Herr Stefan Premke	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Bahnhofstr. 4, 94501 Aldersbach	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
085436246530	

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

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

Ausfertigung für die Versicherte / den Versicherten zur Vorlage an den Arzt

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

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

☐ Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen

G4802-00 DRV
Version 04004 - PGRN 3/2019 - Stand 24.09.2019

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	
Herr Stefan Premke	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Bahnhofstr. 4, 94501 Aldersbach	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
085436246530	

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

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

Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter

Deutsche Rentenversicherung

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

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

☐ Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen

G4802-00 DRV
Version 04004 - PGRN 3/2019 - Stand 24.09.2019

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	
Herr Stefan Premke	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Bahnhofstr. 4, 94501 Aldersbach	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
085436246530	

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

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