

Behandlungsstätte

.....
Versicherungsnummer

Bitte per **FAX** zurück an:
Allg. Rehaleistungen: 0821 500-2599
AHB 0821 500-2545 oder 2546

Deutsche Rentenversicherung
Schwaben
86223 Augsburg

Patient:

.....

geb.:

A. Antrag auf Verlängerung der medizinischen Rehabilitation

Tag der Aufnahme:

Anzahl der Verlängerungen:

Verlängerung wird beantragt fürTage/Wochen

Diagnose:

Bisherige Behandlung:

Ausführliche Begründung für die Verlängerung:

- 1.) Kann prognostisch nach planmäßiger Verlängerung ein vollschichtiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden?
ja nein
- 2.) Ist die Verlängerung der med. Reha-Leistung nur deshalb erforderlich, um die Auswirkungen der Krankheit selbst zu beeinflussen, z.B. die Alltagsverrichtungen zu ermöglichen?
ja nein
um Pflegebedürftigkeit zu verhindern?
ja nein

.....
(Unterschrift Chefarzt)

B. Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Schwaben:

1. Die Verlängerung wird wegen **Ziffer A.1.)** befürwortet
(positive Prognose für vollschichtiges Leistungsvermögen bzw. zur Verhinderung einer vollen Erwerbsminderung)

im beantragten Umfang fürTage/Wochen

2. Die Verlängerung wird wegen Ziffer A.2.) zu Lasten der Rentenversicherung nicht befürwortet;
eine Fortführung nach dem SGB V ist angezeigt -> Hinweis an Reha-Einrichtung, Krankenkasse

3. Die Verlängerung wird **nicht** befürwortet

.....
Datum

.....
Unterschrift