Bitte Wählen Sie Träger und Standort aus. (Die beiden Felder werden nicht mit ausgedruckt)
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover Standort Hannover

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

(Stempel der Einrichtung)

Versicherungsnummer

Name des Versicherten

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
Lange Weihe 6
30880 Laatzen

Name des Therapielotsen:
Tel.Nr. des Therapielotsen:
Name und Anschrift der Krankenkasse:

Rehabilitationsplanung Kombi-Nord

☐ Drogenabhängige ☐ Alkohol- oder Medikamentenabhängige

Behandlungsstellen:

amb. Einrichtung _____

ganztägig amb. Einrichtung _____

Stationäre Einrichtung _____

Adaptionseinrichtung _____

Gründe für die Zusammenarbeit:

☐ Gleicher Regionalverbund ☐ Regionale Nähe

☐ Therapeutische Gründe, weil: _____

Der voraussichtliche Therapieumfang von insgesamt 52 Wochen, gliedert sich in folgende Behandlungsabschnitte:

1. Phase stationär _____ Wochen _____ Therapieeinheiten
2. Phase stationär _____ Wochen _____ Therapieeinheiten
3. Phase stationär _____ Wochen _____ Therapieeinheiten
4. Phase stationär _____ Wochen _____ Therapieeinheiten

Dieser Vordruck ist vom Therapielotsen an die beteiligten Stellen weiterzugeben.

Bei Abweichung im laufenden Reha-Verfahren ist sofort eine erneute „Rehabilitationsplanung Kombi-Nord“ zu übersenden.

Einwilligungserklärung der/des versicherten im Rahme der Vorschriften des Datenschutzes:
Ich bin einverstanden, dass die oben genannten Einrichtungen meine Daten untereinander austauschen.

Ort, Datum, Stempel der Einrichtung

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

G2050-97 **DRV**
Stand 10/2021