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

Einrichtung

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Versicherungsnummer	Name, Vorname

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
Lange Weihe 6
30880 Laatzen

Therapielotsin/Therapielotse:
Name:
Telefonnr.:

Rehabilitationsplanung Kombi-Nord 78 Wochen

(ausschließlich zur Anzeige der rein zeitlichen Verlängerung der ambulanten Phase)

☐ Drogenabhängigkeit ☐ Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit

Behandlungsstellen:

amb. Einrichtung .....

ganztägig amb. Einrichtung .....

Stationäre Einrichtung .....

Adaptionseinrichtung .....

Der voraussichtliche Therapieumfang von insgesamt 78 Wochen, gliedert sich in folgende Behandlungsabschnitte:

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

Dieser Vordruck ist 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 Rahmen der Vorschriften des Datenschutzes: Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Einrichtungen meine Daten untereinander austauschen.

....

Ort, Datum, Unterschrift der Einrichtung **Ort, Datum, Unterschrift der/des Versicherten**

G2056-97 **DRV**
Stand 09/2023