

## Antrag auf Verlängerung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Senden Sie diesen Antrag bitte an folgende Faxnummer: **069 6052-1498**.

Eine Übersendung der Originale auf dem Postweg entfällt.

Deutsche Rentenversicherung Hessen  
Rehabilitation und Klinikmanagement  
  
60591 Frankfurt am Main

Rehabilitationseinrichtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsnummer

Name, Vorname

Tag der Aufnahme:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlung bisher genehmigt bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dauer der Verlängerung:

---

voraussichtlicher Entlassungstag

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eine Verlängerung der Rehabilitation ist notwendig, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung zu erreichen (gilt nicht bei onkologischen Nachsorgeleistungen). Die medizinische Begründung ist der Anlage zu entnehmen.

Datum und Unterschrift der Cheförztn / des Chefarztes

### Wird von der Deutschen Rentenversicherung Hessen ausgefüllt!

Wir bitten zusätzlich folgende Fragen zu beantworten:

Stellungnahme des SMD/Zentrale Reha-Angelegenheiten

Die Verlängerung wird befürwortet:

ja

ja, aber nur genehmigt bis zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nein (Begründung siehe Anlage)

Datum, Unterschrift und Namensstempel

Die beantragte Verlängerung wird

**genehmigt.**

nur genehmigt bis zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nicht **genehmigt.**

Datum, Unterschrift und Namensstempel



\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

## **Begründung des Antrages auf Verlängerung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Kann prognostisch nach planmäßiger Verlängerung ein vollschichtiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden?

ja  nein

Ist die Verlängerung der medizinischen Rehabilitationsleistung nur deshalb erforderlich, um

die Auswirkungen der Krankheit selbst zu beeinflussen (z. B. die Alltagsverrichtungen zu ermöglichen)?

ja  nein

Pflegebedürftigkeit zu verhindern?

ja  nein

Bitte nehmen Sie auch zu folgenden Punkten Stellung:

1. Diagnosen
2. Funktionseinschränkungen
3. vereinbartes Rehabilitationsziel
4. bisherige therapeutische Maßnahmen
5. bisheriger Verlauf
6. Mitwirkung der/des Versicherten
7. Art und Umfang der weiteren geplanten therapeutischen Maßnahmen
8. Beurteilung des Leistungsvermögens
9. voraussichtliche Entlassungsform