

Antrag auf Verlängerung der Rehabilitation für Kinder u. Jugendliche (Kinderrehabilitation)

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

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Tag der Aufnahme: _____

Behandlung bisher genehmigt bis _____

Dauer der Verlängerung: _____

voraussichtlicher Entlassungstag _____

Eine Verlängerung der Rehabilitation ist notwendig, weil dadurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. Die medizinische Begründung ist der Anlage zu entnehmen.

Datum und Unterschrift der Chefärztin / des Chefarztes

Wird von der Deutschen Rentenversicherung Hessen ausgefüllt!

Wir bitten zusätzlich folgende Fragen per Fax 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

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Begründung des Antrages auf Verlängerung der Kinderrehabilitation

Bitte nehmen Sie auch zu folgenden Punkten Stellung:

1. Diagnosen
2. Funktionseinschränkungen
3. vereinbartes Rehabilitationsziel
4. bisherige therapeutische Maßnahmen
5. bisheriger Verlauf
6. Art und Umfang der weiteren geplanten therapeutischen Maßnahmen