Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Stempel des Leistungsanbieters

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland
99117 Erfurt

Teilnahmenachweis
Anlage zur Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Wohnort	

Erstgespräch

persönlich in der ambulanten Rehabilitations-einrichtung	persönlich in der stationären Rehabilitations-einrichtung	per Telefon oder Videogespräch	Datum	Dauer in Minuten	Bestätigung Teilnehmerin/ Teilnehmer*
☐	☐	☐			

Termine/Sonstige Beratung

Laufende Nummer	Datum	Art des Gesprächs	Dauer in Minuten	Bestätigung Teilnehmerin/Teilnehmer*

Ausfertigung für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

G4985-09
Version 012023

Versicherungsnummer | Absender | MSAT / MSNR

Laufende Nummer	Datum	Art des Gesprächs	Dauer in Minuten	Bestätigung Teilnehmerin/Teilnehmer*
Summe der Gesprächsminuten				

*Gespräche mit Dritten müssen nicht unterschrieben werden

Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung des Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Fallmanagerin/des Fallmanagers