

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer

Verordnung eines Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung
<p style="text-align: center;">von bis</p> <p>_____</p>	

1. Verordnung des Fallmanagements durch den/die Arzt/Ärztin der Reha-Einrichtung:

Beurteilung des zu erwartenden Leistungsvermögens im Erwerbsleben:

leichte leichte bis mittelschwere mittelschwere schwere Arbeiten
 vollschichtige 3 bis unter 6 Std. täglich unter 3-stündig

Die Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß):

psychomentele Funktionen (im Hinblick auf die geistig psychische Belastbarkeit, insbes. Konzentrations-/ Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge) Sinnesfunktionen (insbes. Seh-, Hör-, Sprech-, Tast-, Riechvermögen)
 bewegungsbezogene Funktionen (im Hinblick auf die Mobilität, insbes. Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Stand-sicherheit, Zwangshaltungen) kardio-pulmonale Funktionen (insbes. Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen)
 relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (insbes. Nässe, Zug-luft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit besonderer Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten) sonstige

Berufliche Einschätzungen:

Einleitung des Fallmanagements weil
 Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit gefährdet bzw. Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nicht möglich
Anregung: innerbetriebliche Umsetzung arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen
 Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gewünscht wird (Begründung unter Erg. Bemerkungen erforderlich)
 Komplexer Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung bei Arbeitslosigkeit

Entlassung arbeitsunfähig (AU seit _____) | Entlassung arbeitsfähig | arbeitslos (seit _____ Wochen/ Monaten)
 Arbeitsfähigkeit für o.g. Leistungsvermögen erst zu erwarten in _____ Wochen / Monaten

Ergänzende Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (Arzt/Ärztin der Reha – Einrichtung)

2. Erklärung/ Einwilligung des/ der Versicherten im Rahmen der Vorschriften des Datenschutzes

Über das Fallmanagement bin ich informiert und möchte an dem von der Deutschen Rentenversicherung Nord angebotenen Fallmanagement im direkten Anschluss an meine zuvor durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichterteilung einer Einwilligung keine Nachteile entstehen.

Zum Zwecke der optimalen Abstimmung und Absicherung des Fallmanagements willige ich ein, dass begleitend zur und nach Abschluss der medizinischen Leistung Informationen über die Anforderungen an meinen Arbeitsplatz, meinen Gesundheitszustand, die Reha-Ergebnisse und die notwendigen bzw. erfolgten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zwischen der Reha-Einrichtung und der Fallmanagerin/dem Fallmanager ausgetauscht werden. Ich bin damit einverstanden, dass hierzu die Rehabilitationsklinik der Fallmanagerin/dem Fallmanager den Entlassungsbericht und den Förderplan zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von Ihrer Schweigepflicht. Die Daten werden nur für die unterstützende Betreuung und berufliche (Wieder-) Eingliederung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass die Fallmanagerin/der Fallmanager nach meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Kontakt zu dritten Personen aus meinem Arbeitsumfeld oder meiner Familie oder mit meinem Hausarzt oder Arbeitgeber aufnehmen kann. Eine solche Erklärung wird mir von meiner Fallmanagerin/meinem Fallmanager nach Bedarf vorgelegt und erläutert und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beantragt wurde, kein Anspruch auf das Fallmanagement besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Mir ist bekannt, dass der Betreuungsauftrag zunächst auf bis zu maximal fünfzehn Zeitstunden Betreuungseinheiten in einem Zeitraum von 26 Wochen nach Reha-Ende begrenzt ist und jederzeit von der Deutschen Rentenversicherung Nord widerrufen werden kann, insbesondere dann, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht nachkomme.

Das Merkblatt zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation (K 5071) habe ich erhalten.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift der / des Versicherten

3. Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung Nord

Durch die Verordnung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Nord die Kosten für ein Fallmanagement nach einer medizinischen Rehabilitation. Die Kostenzusage gilt nur für besondere, speziell für das Fallmanagement durch die Deutsche Rentenversicherung Nord anerkannte Personen. Der erste Kontakt mit der Fallmanagerin/dem Fallmanager findet in der Regel in der Rehabilitationseinrichtung statt. Das Datum für diesen Gesprächstermin wird von der Rehabilitationseinrichtung festgelegt und Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Wir bitten Sie, an den Besprechungsterminen regelmäßig teilzunehmen. Fahrtkosten werden auf Antrag in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) erstattet, sofern sie tatsächlich entstehen. Ergänzende Leistungen aufgrund des Fallmanagements wie Haushaltshilfe oder Verdienstaufschlag werden grundsätzlich nicht erstattet. Diese Vereinbarung verliert ihre Gültigkeit, wenn das Fallmanagement nicht zum mitgeteilten Termin begonnen wird.

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer

Verordnung eines Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung
<p style="text-align: center;">von bis</p> <p>_____</p>	

1. Verordnung des Fallmanagements durch den/die Arzt/Ärztin der Reha-Einrichtung:

Beurteilung des zu erwartenden Leistungsvermögens im Erwerbsleben:

leichte leichte bis mittelschwere mittelschwere schwere Arbeiten
 vollschichtige 3 bis unter 6 Std. täglich unter 3-stündig

Die Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß):

psychomentele Funktionen (im Hinblick auf die geistig psychische Belastbarkeit, insbes. Konzentrations-/ Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge) Sinnesfunktionen (insbes. Seh-, Hör-, Sprech-, Tast-, Riechvermögen)
 bewegungsbezogene Funktionen (im Hinblick auf die Mobilität, insbes. Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Stand-sicherheit, Zwangshaltungen) kardio-pulmonale Funktionen (insbes. Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen)
 relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (insbes. Nässe, Zug-luft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit besonderer Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten) sonstige

Berufliche Einschätzungen:

Einleitung des Fallmanagements weil
 Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit gefährdet bzw. Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nicht möglich
Anregung: innerbetriebliche Umsetzung arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen
 Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gewünscht wird (Begründung unter Erg. Bemerkungen erforderlich)
 Komplexer Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung bei Arbeitslosigkeit

Entlassung arbeitsunfähig (AU seit _____) | Entlassung arbeitsfähig | arbeitslos (seit _____ Wochen/ Monaten)
 Arbeitsfähigkeit für o.g. Leistungsvermögen erst zu erwarten in _____ Wochen / Monaten

Ergänzende Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (Arzt/Ärztin der Reha – Einrichtung)

2. Erklärung/ Einwilligung des/ der Versicherten im Rahmen der Vorschriften des Datenschutzes

Über das Fallmanagement bin ich informiert und möchte an dem von der Deutschen Rentenversicherung Nord angebotenen Fallmanagement im direkten Anschluss an meine zuvor durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichterteilung einer Einwilligung keine Nachteile entstehen.

Zum Zwecke der optimalen Abstimmung und Absicherung des Fallmanagements willige ich ein, dass begleitend zur und nach Abschluss der medizinischen Leistung Informationen über die Anforderungen an meinen Arbeitsplatz, meinen Gesundheitszustand, die Reha-Ergebnisse und die notwendigen bzw. erfolgten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zwischen der Reha-Einrichtung und der Fallmanagerin/dem Fallmanager ausgetauscht werden. Ich bin damit einverstanden, dass hierzu die Rehabilitationsklinik der Fallmanagerin/dem Fallmanager den Entlassungsbericht und den Förderplan zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von Ihrer Schweigepflicht. Die Daten werden nur für die unterstützende Betreuung und berufliche (Wieder-) Eingliederung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass die Fallmanagerin/der Fallmanager nach meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Kontakt zu dritten Personen aus meinem Arbeitsumfeld oder meiner Familie oder mit meinem Hausarzt oder Arbeitgeber aufnehmen kann. Eine solche Erklärung wird mir von meiner Fallmanagerin/meinem Fallmanager nach Bedarf vorgelegt und erläutert und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beantragt wurde, kein Anspruch auf das Fallmanagement besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Mir ist bekannt, dass der Betreuungsauftrag zunächst auf bis zu maximal fünfzehn Zeitstunden Betreuungseinheiten in einem Zeitraum von 26 Wochen nach Reha-Ende begrenzt ist und jederzeit von der Deutschen Rentenversicherung Nord widerrufen werden kann, insbesondere dann, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht nachkomme.

Das Merkblatt zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation (K 5071) habe ich erhalten.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift der / des Versicherten

3. Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung Nord

Durch die Verordnung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Nord die Kosten für ein Fallmanagement nach einer medizinischen Rehabilitation. Die Kostenzusage gilt nur für besondere, speziell für das Fallmanagement durch die Deutsche Rentenversicherung Nord anerkannte Personen. Der erste Kontakt mit der Fallmanagerin/dem Fallmanager findet in der Regel in der Rehabilitationseinrichtung statt. Das Datum für diesen Gesprächstermin wird von der Rehabilitationseinrichtung festgelegt und Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Wir bitten Sie, an den Besprechungsterminen regelmäßig teilzunehmen. Fahrtkosten werden auf Antrag in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) erstattet, sofern sie tatsächlich entstehen. Ergänzende Leistungen aufgrund des Fallmanagements wie Haushaltshilfe oder Verdienstaufschlag werden grundsätzlich nicht erstattet. Diese Vereinbarung verliert ihre Gültigkeit, wenn das Fallmanagement nicht zum mitgeteilten Termin begonnen wird.

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer

Verordnung eines Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung
<p style="text-align: center;">von bis</p> <p>_____</p>	

1. Verordnung des Fallmanagements durch den/die Arzt/Ärztin der Reha-Einrichtung:

Beurteilung des zu erwartenden Leistungsvermögens im Erwerbsleben:

leichte leichte bis mittelschwere mittelschwere schwere Arbeiten
 vollschichtige 3 bis unter 6 Std. täglich unter 3-stündig

Die Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß):

psychomentele Funktionen (im Hinblick auf die geistig psychische Belastbarkeit, insbes. Konzentrations-/ Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge) Sinnesfunktionen (insbes. Seh-, Hör-, Sprech-, Tast-, Riechvermögen)
 bewegungsbezogene Funktionen (im Hinblick auf die Mobilität, insbes. Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Stand-sicherheit, Zwangshaltungen) kardio-pulmonale Funktionen (insbes. Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen)
 relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (insbes. Nässe, Zug-luft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit besonderer Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten) sonstige

Berufliche Einschätzungen:

Einleitung des Fallmanagements weil
 Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit gefährdet bzw. Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nicht möglich
Anregung: innerbetriebliche Umsetzung arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen
 Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gewünscht wird (Begründung unter Erg. Bemerkungen erforderlich)
 Komplexer Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung bei Arbeitslosigkeit

Entlassung arbeitsunfähig (AU seit _____) | Entlassung arbeitsfähig | arbeitslos (seit _____ Wochen/ Monaten)
 Arbeitsfähigkeit für o.g. Leistungsvermögen erst zu erwarten in _____ Wochen / Monaten

Ergänzende Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (Arzt/Ärztin der Reha – Einrichtung)

2. Erklärung/ Einwilligung des/ der Versicherten im Rahmen der Vorschriften des Datenschutzes

Über das Fallmanagement bin ich informiert und möchte an dem von der Deutschen Rentenversicherung Nord angebotenen Fallmanagement im direkten Anschluss an meine zuvor durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichterteilung einer Einwilligung keine Nachteile entstehen.

Zum Zwecke der optimalen Abstimmung und Absicherung des Fallmanagements willige ich ein, dass begleitend zur und nach Abschluss der medizinischen Leistung Informationen über die Anforderungen an meinen Arbeitsplatz, meinen Gesundheitszustand, die Reha-Ergebnisse und die notwendigen bzw. erfolgten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zwischen der Reha-Einrichtung und der Fallmanagerin/dem Fallmanager ausgetauscht werden. Ich bin damit einverstanden, dass hierzu die Rehabilitationsklinik der Fallmanagerin/dem Fallmanager den Entlassungsbericht und den Förderplan zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von Ihrer Schweigepflicht. Die Daten werden nur für die unterstützende Betreuung und berufliche (Wieder-) Eingliederung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass die Fallmanagerin/der Fallmanager nach meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Kontakt zu dritten Personen aus meinem Arbeitsumfeld oder meiner Familie oder mit meinem Hausarzt oder Arbeitgeber aufnehmen kann. Eine solche Erklärung wird mir von meiner Fallmanagerin/meinem Fallmanager nach Bedarf vorgelegt und erläutert und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beantragt wurde, kein Anspruch auf das Fallmanagement besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Mir ist bekannt, dass der Betreuungsauftrag zunächst auf bis zu maximal fünfzehn Zeitstunden Betreuungseinheiten in einem Zeitraum von 26 Wochen nach Reha-Ende begrenzt ist und jederzeit von der Deutschen Rentenversicherung Nord widerrufen werden kann, insbesondere dann, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht nachkomme.

Das Merkblatt zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation (K 5071) habe ich erhalten.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift der / des Versicherten

3. Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung Nord

Durch die Verordnung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Nord die Kosten für ein Fallmanagement nach einer medizinischen Rehabilitation. Die Kostenzusage gilt nur für besondere, speziell für das Fallmanagement durch die Deutsche Rentenversicherung Nord anerkannte Personen. Der erste Kontakt mit der Fallmanagerin/dem Fallmanager findet in der Regel in der Rehabilitationseinrichtung statt. Das Datum für diesen Gesprächstermin wird von der Rehabilitationseinrichtung festgelegt und Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Wir bitten Sie, an den Besprechungsterminen regelmäßig teilzunehmen. Fahrtkosten werden auf Antrag in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) erstattet, sofern sie tatsächlich entstehen. Ergänzende Leistungen aufgrund des Fallmanagements wie Haushaltshilfe oder Verdienstaufschlag werden grundsätzlich nicht erstattet. Diese Vereinbarung verliert ihre Gültigkeit, wenn das Fallmanagement nicht zum mitgeteilten Termin begonnen wird.

Versicherungsnummer

Versicherter/Versicherte

Name, Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer

Verordnung eines Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung
von _____ bis _____	

1. Verordnung des Fallmanagements durch den/die Arzt/Ärztin der Reha-Einrichtung:

Beurteilung des zu erwartenden Leistungsvermögens im Erwerbsleben:

leichte leichte bis mittelschwere mittelschwere schwere Arbeiten
 vollschichtige 3 bis unter 6 Std. täglich unter 3-stündig

Die Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß):

psychomentele Funktionen (im Hinblick auf die geistig psychische Belastbarkeit, insbes. Konzentrations-/ Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge) Sinnesfunktionen (insbes. Seh-, Hör-, Sprech-, Tast-, Riechvermögen)

bewegungsbezogene Funktionen (im Hinblick auf die Mobilität, insbes. Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Stand-sicherheit, Zwangshaltungen) kardio-pulmonale Funktionen (insbes. Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen)

relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (insbes. Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit besonderer Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten) sonstige

Berufliche Einschätzungen:

Einleitung des Fallmanagements weil

Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit gefährdet bzw. Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nicht möglich
Anregung: innerbetriebliche Umsetzung arbeitsplatzzerhaltende Maßnahmen

Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gewünscht wird (Begründung unter Erg. Bemerkungen erforderlich)

Komplexer Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung bei Arbeitslosigkeit

Entlassung arbeitsunfähig (AU seit _____) | Entlassung arbeitsfähig | arbeitslos (seit _____ Wochen/ Monaten)

Arbeitsfähigkeit für o.g. Leistungsvermögen erst zu erwarten in _____ Wochen / Monaten

Ergänzende Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (Arzt/Ärztin der Reha – Einrichtung)

2. Erklärung/ Einwilligung des/ der Versicherten im Rahmen der Vorschriften des Datenschutzes

Über das Fallmanagement bin ich informiert und möchte an dem von der Deutschen Rentenversicherung Nord angebotenen Fallmanagement im direkten Anschluss an meine zuvor durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichterteilung einer Einwilligung keine Nachteile entstehen.

Zum Zwecke der optimalen Abstimmung und Absicherung des Fallmanagements willige ich ein, dass begleitend zur und nach Abschluss der medizinischen Leistung Informationen über die Anforderungen an meinen Arbeitsplatz, meinen Gesundheitszustand, die Reha-Ergebnisse und die notwendigen bzw. erfolgten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zwischen der Reha-Einrichtung und der Fallmanagerin/dem Fallmanager ausgetauscht werden. Ich bin damit einverstanden, dass hierzu die Rehabilitationsklinik der Fallmanagerin/dem Fallmanager den Entlassungsbericht und den Förderplan zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von Ihrer Schweigepflicht. Die Daten werden nur für die unterstützende Betreuung und berufliche (Wieder-) Eingliederung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass die Fallmanagerin/der Fallmanager nach meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Kontakt zu dritten Personen aus meinem Arbeitsumfeld oder meiner Familie oder mit meinem Hausarzt oder Arbeitgeber aufnehmen kann. Eine solche Erklärung wird mir von meiner Fallmanagerin/meinem Fallmanager nach Bedarf vorgelegt und erläutert und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beantragt wurde, kein Anspruch auf das Fallmanagement besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Mir ist bekannt, dass der Betreuungsauftrag zunächst auf bis zu maximal fünfzehn Zeitstunden Betreuungseinheiten in einem Zeitraum von 26 Wochen nach Reha-Ende begrenzt ist und jederzeit von der Deutschen Rentenversicherung Nord widerrufen werden kann, insbesondere dann, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht nachkomme.

Das Merkblatt zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation (K 5071) habe ich erhalten.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift der / des Versicherten

3. Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung Nord

Durch die Verordnung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Nord die Kosten für ein Fallmanagement nach einer medizinischen Rehabilitation. Die Kostenzusage gilt nur für besondere, speziell für das Fallmanagement durch die Deutsche Rentenversicherung Nord anerkannte Personen. Der erste Kontakt mit der Fallmanagerin/dem Fallmanager findet in der Regel in der Rehabilitationseinrichtung statt. Das Datum für diesen Gesprächstermin wird von der Rehabilitationseinrichtung festgelegt und Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Wir bitten Sie, an den Besprechungsterminen regelmäßig teilzunehmen. Fahrtkosten werden auf Antrag in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) erstattet, sofern sie tatsächlich entstehen. Ergänzende Leistungen aufgrund des Fallmanagements wie Haushaltshilfe oder Verdienstaufschlag werden grundsätzlich nicht erstattet. Diese Vereinbarung verliert ihre Gültigkeit, wenn das Fallmanagement nicht zum mitgeteilten Termin begonnen wird.