



Versicherungsnummer

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

Leistungsanbieter (Stempel)

--

**Deutsche Rentenversicherung Nord
Dokumentenzentrum
23544 Lübeck**

Bestätigung der Teilnahme Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Versicherter/Versicherte

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

Aktenzeichen/Rechnungsnummer des Leistungsanbieters	
---	--

Der Umfang der erbrachten Leistungen ist detailliert auf Blatt 2 des Formulars K 5073 zu dokumentieren.

Die Erstattung der Pauschale für das Erstgespräch erfolgt ausschließlich bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und nur soweit das Erstgespräch in der Rehabilitationseinrichtung stattgefunden hat. Bitte geben Sie hierzu entsprechende Erläuterungen.

Betrag Termine/sonstige Beratung (s. Blatt 2)	
Pauschale Erstgespräch	
Gesamtbetrag in EUR	EUR

Es wird um Überweisung des Rechnungsbetrages auf die bekannte Bankverbindung gebeten.

Hinweise der Deutschen Rentenversicherung Nord:

Eine Schlussabrechnung erfolgt nur dann, wenn die **Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation** (K 5076) und der **Teilnahmenachweis** (K 5073 Blatt 2) diesem **Abrechnungsf formular** als Anlagen beigefügt sind.

Änderungen der Bankverbindung sind gesondert und schriftlich mitzuteilen.

Blatt 2 Bestätigung der Teilnahme am Fallmanagement

Name, Vornamen	Geburtsdatum
----------------	--------------

- Zwischenabrechnung** (Zeitraum von _____ bis _____)
 Schlussabrechnung (Zeitraum von _____ bis _____)
 Beginn des Fallmanagements am _____ .
 Erstgespräch in der Klinik
 erster Termin nach der Reha
 Das Fallmanagement endet vorauss. am _____ .
 Das Fallmanagement wurde am _____ **erfolgreich beendet.**
 Das Fallmanagement wurde am _____ **abgebrochen.**

Termine/Sonstige Beratung

Lfd. Nr.	Datum	Art des Gesprächs	Dauer in Minuten	Unterschrift*
./.		Erstgespräch (einmalig)		
Summe der Gesprächsminuten				

*Gespräche mit Dritten müssen nicht unterschrieben werden

Ort, Datum:

Unterschrift der Fallmanagerin/des Fallmanagers

**Deutsche Rentenversicherung
Nord**

Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift (**unabhängig vom Wohnort**):
Dokumentenzentrum Lübeck
23544 Lübeck



Versicherungsnummer

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

Leistungsanbieter (Stempel)

--

**Deutsche Rentenversicherung Nord
Dokumentenzentrum
23544 Lübeck**

Bestätigung der Teilnahme Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Versicherter/Versicherte

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

Aktenzeichen/Rechnungsnummer des Leistungsanbieters	
---	--

Der Umfang der erbrachten Leistungen ist detailliert auf Blatt 2 des Formulars K 5073 zu dokumentieren.

Die Erstattung der Pauschale für das Erstgespräch erfolgt ausschließlich bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und nur soweit das Erstgespräch in der Rehabilitationseinrichtung stattgefunden hat. Bitte geben Sie hierzu entsprechende Erläuterungen.

Betrag Termine/sonstige Beratung (s. Blatt 2)	
Pauschale Erstgespräch	
Gesamtbetrag in EUR	EUR

Es wird um Überweisung des Rechnungsbetrages auf die bekannte Bankverbindung gebeten.

Hinweise der Deutschen Rentenversicherung Nord:
Eine Schlussabrechnung erfolgt nur dann, wenn die **Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation** (K 5076) und der **Teilnahmenachweis** (K 5073 Blatt 2) **diesem Abrechnungsfomular** als Anlagen beigelegt sind.
Änderungen der Bankverbindung sind gesondert und schriftlich mitzuteilen.

Blatt 2 Bestätigung der Teilnahme am Fallmanagement

Name, Vornamen	Geburtsdatum
----------------	--------------

- Zwischenabrechnung** (Zeitraum von _____ bis _____)
 Schlussabrechnung (Zeitraum von _____ bis _____)
 Beginn des Fallmanagements am _____ .
 Erstgespräch in der Klinik
 erster Termin nach der Reha
 Das Fallmanagement endet vorauss. am _____ .
 Das Fallmanagement wurde am _____ **erfolgreich beendet.**
 Das Fallmanagement wurde am _____ **abgebrochen.**

Termine/Sonstige Beratung

Lfd. Nr.	Datum	Art des Gesprächs	Dauer in Minuten	Unterschrift*
./.		Erstgespräch (einmalig)		
Summe der Gesprächsminuten				

*Gespräche mit Dritten müssen nicht unterschrieben werden

Ort, Datum:

Unterschrift der Fallmanagerin/des Fallmanagers