

Versicherungsnummer

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

Leistungsanbieter (Stempel)

Versicherter/Versicherte

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

Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Dauer des durchgeführten Fallmanagements

Erstgespräch während/nach der Reha Datum:	erstes FM-Gespräch Datum:	letztes FM-Gespräch Datum:	Verlängerung (ankreuzen) <input type="checkbox"/> bis Datum:
Abbruch (ankreuzen): <input type="checkbox"/> am Datum:			
Grund des Abbruchs:			

Mit der / dem Versicherten vereinbarte Ziele des Fallmanagements:

Bitte ankreuzen, ob die Ziele erreicht wurden.

	ja	nein
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Angaben der/des Versicherten zur Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit:

Erwerbstätigkeit		Arbeitsfähigkeit
zu Beginn des Fallmanagements	zum Ende des Fallmanagements	
<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-mann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-mann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche Aktueller Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, am alten Arbeitsplatz geblieben <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, an einem anderen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> in einem neuen Betrieb <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Praktikum oder vergleichbares <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> zeitlich begrenzt <input type="checkbox"/> feste Anstellung	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen der für die Reha zugrunde liegenden Haupterkrankung (wichtigstes Leiden) <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen einer anderen Erkrankung <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Anmerkungen:

Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

Vereinbarte Maßnahmen:

Hinweis: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagements initiiert wurden, jedoch noch nicht angetreten oder noch nicht abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			

Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):

Hinweis: Bitte dokumentieren Sie die Maßnahmen, die zur Zielerreichung umgesetzt wurden und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern/-erbringern. Erläutern Sie bitte nicht erreichte Ziele (Bsp. keine Wiedereingliederung).

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel

Versicherungsnummer

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

Leistungsanbieter (Stempel)

Versicherter/Versicherte

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

Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Dauer des durchgeführten Fallmanagements

Erstgespräch während/nach der Reha	erstes FM-Gespräch	letztes FM-Gespräch	Verlängerung (ankreuzen) <input type="checkbox"/>
Datum:	Datum:	Datum:	bis Datum:
Abbruch (ankreuzen): <input type="checkbox"/> am Datum:			
Grund des Abbruchs:			

Mit der / dem Versicherten vereinbarte Ziele des Fallmanagements:

Bitte ankreuzen, ob die Ziele erreicht wurden.

	ja	nein
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Angaben der/des Versicherten zur Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit:

Erwerbstätigkeit		Arbeitsfähigkeit
zu Beginn des Fallmanagements	zum Ende des Fallmanagements	
<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-männlichkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-männlichkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche Aktueller Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, am alten Arbeitsplatz geblieben <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, an einem anderen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> in einem neuen Betrieb <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Praktikum oder vergleichbares <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> zeitlich begrenzt <input type="checkbox"/> feste Anstellung	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen der für die Reha zugrunde liegenden Haupterkrankung (wichtigstes Leiden) <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen einer anderen Erkrankung <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Anmerkungen:

Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

Vereinbarte Maßnahmen:

Hinweis: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagements initiiert wurden, jedoch noch nicht angetreten oder noch nicht abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			

Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):

Hinweis: Bitte dokumentieren Sie die Maßnahmen, die zur Zielerreichung umgesetzt wurden und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern/-erbringern. Erläutern Sie bitte nicht erreichte Ziele (Bsp. keine Wiedereingliederung).

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel

Versicherungsnummer

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

Leistungsanbieter (Stempel)

Versicherter/Versicherte

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

Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Dauer des durchgeführten Fallmanagements

Erstgespräch während/nach der Reha Datum:	erstes FM-Gespräch Datum:	letztes FM-Gespräch Datum:	Verlängerung (ankreuzen) <input type="checkbox"/> bis Datum:
Abbruch (ankreuzen): <input type="checkbox"/> am Datum:			
Grund des Abbruchs:			

Mit der / dem Versicherten vereinbarte Ziele des Fallmanagements:

Bitte ankreuzen, ob die Ziele erreicht wurden.

	ja	nein
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Angaben der/des Versicherten zur Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit:

Erwerbstätigkeit		Arbeitsfähigkeit
zu Beginn des Fallmanagements	zum Ende des Fallmanagements	
<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-mann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/-mann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2 oder 3 zutrifft) <input type="checkbox"/> sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden/Woche Aktueller Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, am alten Arbeitsplatz geblieben <input type="checkbox"/> im alten Betrieb, an einem anderen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> in einem neuen Betrieb <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Praktikum oder vergleichbares <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> zeitlich begrenzt <input type="checkbox"/> feste Anstellung	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen der für die Reha zugrunde liegenden Haupterkrankung (wichtigstes Leiden) <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig wegen einer anderen Erkrankung <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Anmerkungen:

Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

Vereinbarte Maßnahmen:

Hinweis: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagements initiiert wurden, jedoch noch nicht angetreten oder noch nicht abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			

Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):
Hinweis: Bitte dokumentieren Sie die Maßnahmen, die zur Zielerreichung umgesetzt wurden und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern/-erbringern. Erläutern Sie bitte nicht erreichte Ziele (Bsp. keine Wiedereingliederung).

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel