

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

<p>Deutsche Rentenversicherung Westfalen Abteilung für Rehabilitation 48125 Münster</p>
Telefaxnummer

<p>Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung</p>
Telefaxnummer

### Antrag auf Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

**Versicherte/Versicherter**

Name, Vorname	Geburtsdatum										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort											

Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Datum												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													
Bewilligt bis	Datum												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													
Zeitliche Verlängerung um	Wochen oder	Monate bis	Datum										
			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> mit Wechsel der Durchführungsart: <input type="checkbox"/> stationär zu ganztätig ambulant <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant zu stationär													

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.
---------------------	----------

**Ärztliche Stellungnahme zum  
Antrag auf Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation  
bei psychischen Erkrankungen**

Name, Vorname

**Zur Begründung der Verlängerung bitten wir zu folgenden Punkten ausführlich Stellung zu nehmen:**

1. Vereinbarte Rehabilitationsziele und geplante Maßnahmen
2. Rehabilitationsverlauf (inklusive interkurrente Erkrankungen, Komplikationen)
3. Rehabilitationsergebnis – insbesondere im Hinblick auf das aktuelle Leistungsvermögen
4. Aktuelle Medikation (ggf. Dosis)
5. Voraussichtliches Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt  
 6 Stunden und mehr     3 bis unter 6 Stunden     unter 3 Stunden

**Stellungnahme**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes