







Versicherungsnummer
---------------------



**Ausfertigung an Reha-Einrichtung**

Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
- Abschnitt 6560 - Reha-Nachsorge  
48125 Münster

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

**Abschlussdokumentation  
zum Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation**

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum 
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer
Leistungsanbieter	

**Dauer des durchgeführten Fallmanagements**

Datum des Erstgesprächs während der Rehabilitation:  
Datum des ersten Gesprächs nach der Rehabilitation:  
Datum des letzten Gesprächs:  
Verlängerung:  ja  
Abbruch:  ja, Grund:

**Mit der Versicherten / dem Versicherten vereinbarte Ziele des Fallmanagements**

Bitte ankreuzen, ob die Ziele erreicht wurden.

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





Versicherungsnummer
---------------------



**Ausfertigung an Fallmanagerin / Fallmanager**

Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
- Abschnitt 6560 - Reha-Nachsorge  
48125 Münster

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

**Abschlussdokumentation  
zum Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation**

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum 
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer
Leistungsanbieter	

**Dauer des durchgeführten Fallmanagements**

Datum des Erstgesprächs während der Rehabilitation:  
Datum des ersten Gesprächs nach der Rehabilitation:  
Datum des letzten Gesprächs:  
Verlängerung:  ja  
Abbruch:  ja, Grund:

**Mit der Versicherten / dem Versicherten vereinbarte Ziele des Fallmanagements**

Bitte ankreuzen, ob die Ziele erreicht wurden.

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



