

Versicherungsnummer



Ausfertigung für die DRV Westfalen

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.		

Angaben der Versicherten / 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/Hausmann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2. oder 3. dieser Spalte zutrifft) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/Hausmann-tätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2. oder 3. dieser Spalte zutrifft) <input type="checkbox"/> Sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden pro 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 Rehabilitation 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:
zeitlicher Umfang: Stunden pro Woche		

Durchgeführte Gespräche

Anzahl der Kontakte

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:	
Gesamtdauer	Stunden

Versicherungsnummer

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

Vereinbarte Maßnahmen

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

Therapeutische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiterbehandlung oder 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:	

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele:

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

--

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									

Vereinbarte Maßnahmen

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

Therapeutische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiterbehandlung oder 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:	

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele:

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

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.		

Versicherungsnummer

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

Angaben der Versicherten / 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/Hausmanntätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2. oder 3. dieser Spalte zutrifft) <input type="checkbox"/> Sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrauen/Hausmanntätigkeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 2. oder 3. dieser Spalte zutrifft) <input type="checkbox"/> Sonstiges zeitlicher Umfang: Stunden pro 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 Rehabilitation 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:

Durchgeführte Gespräche

Anzahl der Kontakte

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:	
Gesamtdauer	Stunden

Versicherungsnummer

Vereinbarte Maßnahmen

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

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiterbehandlung oder 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:			

Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele:

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