

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------



MSAT / MSNR

--

**Gilt als Kostenzusage**

Deutsche Rentenversicherung

**Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung**

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau**

**1 Angaben zur Person**

Name, Vorname	Geburtsdatum 
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

**2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)**

1.	ICD-Schlüssel 
2.	ICD-Schlüssel 
3.	ICD-Schlüssel 
4.	ICD-Schlüssel 

**3 Vereinbarte Nachsorgeziele**

Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

<input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
<input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)       DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)       Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm       LWS / Rumpf       Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 Psy-RENA

- Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer **5.2**

Weitere Hinweise:

### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital mit
- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

## 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email

## 7 Beginn der Reha-Nachsorge

Geplanter Beginn:

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Telefon			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		in (Rehabilitationseinrichtung)	

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

1.	ICD-Schlüssel
2.	ICD-Schlüssel
3.	ICD-Schlüssel
4.	ICD-Schlüssel

### 3 Vereinbarte Nachsorgeziele

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

<input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
<input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

#### 4 Nachsorgeprogramm

##### 4.1 Art des Nachsorgeprogramms

- T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)
- Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)       DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
- IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

##### 4.2 Form der Durchführung

- Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)       Digital
- Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

##### 5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten
- Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten

Gezielter Trainingsbereich

- HWS / Schulter-Arm       LWS / Rumpf       Becken / Bein

Belastungseinschränkungen:

##### 5.2 Psy-RENA

- Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten
- DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	Kennzeichen (soweit bekannt) <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	MSAT / MSNR <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
---	---	---

noch Ziffer 5.2

Weitere Hinweise:

  
  
  

**5.3 IRENA**

Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit

Intensivierte Reha-Nachsorge digital mit

24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

**Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie

**Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie

**Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

**6 Angaben zum Nachsorgeanbieter**

Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email

**7 Beginn der Reha-Nachsorge**

Geplanter Beginn:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
-------------------	---



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten





Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------



MSAT / MSNR

--

<b>Gilt als Kostenzusage</b>
------------------------------

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

<b>Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau</b>
--

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum 
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Telefon		
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)	

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

1.	ICD-Schlüssel 
2.	ICD-Schlüssel 
3.	ICD-Schlüssel 
4.	ICD-Schlüssel 

### 3 Vereinbarte Nachsorgeziele

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

<input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
<input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

#### 4 Nachsorgeprogramm

<b>4.1 Art des Nachsorgeprogramms</b>	
<input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)	
<input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/> DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
<input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)	
<b>4.2 Form der Durchführung</b>	
<input type="checkbox"/> Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)	<input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen	

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

<b>5.1 T-RENA</b> (bitte Trainingsplan beifügen)
<input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten
<input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten
Gezielter Trainingsbereich
<input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Arm <input type="checkbox"/> LWS / Rumpf <input type="checkbox"/> Becken / Bein
Belastungseinschränkungen:
<b>5.2 Psy-RENA</b>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten
<input type="checkbox"/> DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer **5.2**

Weitere Hinweise:

### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital mit
- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

## 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email

## 7 Beginn der Reha-Nachsorge

Geplanter Beginn:

Tag	Monat	Jahr
_ _	_	_ _



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein, dass der Nachsorgeanbieter eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.**

nein  ja

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Deutsche Rentenversicherung

## Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung:** Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Nachsorge-Anbieter und die Versicherte / der Versicherte.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Telefon			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		in (Rehabilitationseinrichtung)	

### 2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)

1.	ICD-Schlüssel
2.	ICD-Schlüssel
3.	ICD-Schlüssel
4.	ICD-Schlüssel

### 3 Vereinbarte Nachsorgeziele

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

<input type="checkbox"/> nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
<input type="checkbox"/> strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/> Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

#### 4 Nachsorgeprogramm

<b>4.1 Art des Nachsorgeprogramms</b>	
<input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)	
<input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/> DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
<input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)	
<b>4.2 Form der Durchführung</b>	
<input type="checkbox"/> Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)	<input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Gründen abzulehnen	

#### 5 Weitere Angaben zur Empfehlung

<b>5.1 T-RENA</b> (bitte Trainingsplan beifügen)
<input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten
<input type="checkbox"/> Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten
Gezielter Trainingsbereich
<input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Arm <input type="checkbox"/> LWS / Rumpf <input type="checkbox"/> Becken / Bein
Belastungseinschränkungen:
<b>5.2 Psy-RENA</b>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgespräch), 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten
<input type="checkbox"/> DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer **5.2**

Weitere Hinweise:

### 5.3 IRENA

- Intensivierte Reha-Nachsorge in der Gruppe mit
- Intensivierte Reha-Nachsorge digital mit
- 24 Terminen (Somatik, Psychosomatik) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 36 Terminen (Neurologie) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
- 42 Terminen (Adipositas) je 90 Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Leistungen aus **mindestens 2** der folgenden **3 Therapiefelder** sind erforderlich:

- Therapiefeld I** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln A und B)  
zum Beispiel Sporttherapie und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln D, E und F)  
zum Beispiel Stressbewältigung, Entspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
- Therapiefeld III** (Leistungen aus den KTL-Kapiteln C und M)  
zum Beispiel Information / Schulung zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung

Weitere Hinweise:

## 6 Angaben zum Nachsorgeanbieter

Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email

## 7 Beginn der Reha-Nachsorge

Geplanter Beginn:

Tag	Monat	Jahr
_ _	_	_ _



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------	---------------------------------	-------------

Das Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

## 8 Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten

### 8.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass **der Nachsorgeanbieter** eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.

nein  ja

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 8.2 Information

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.

### 8.3 Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt. **Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.** Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

