



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Reha-Nachsorge-Dokumentation IRENA**

Versicherungsnummer	Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Rehabilitationseinrichtung	
Geb.-Datum, sofern nicht in Versicherungsnummer enthalten		Abteilung	
Straße, Hausnummer		IK-Nr.	
Postleitzahl	Wohnort	Abt.-Nr.	
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch			

**Dauer**

Beginndatum	Abschlussdatum
-------------	----------------

Anzahl der während des Nachsorge-Zeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl
---	--------

Wurde die Reha-Nachsorge IRENA abgebrochen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

**Diagnosen nach ICD-10**

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

**Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?**

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen
<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: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**Arbeitsfähigkeit am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

arbeitsfähig
  arbeitsunfähig

**Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

erwerbstätig
  arbeitslos  
 in Rente / Altersteilzeit
  sonstiges: \_\_\_\_\_
  keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten  
 A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine  
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

<b>Weiter behandelnde Ärzte / Psychologen</b>	
<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Kontrolle Labor / Medikamente
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Heilmittel und Hilfsmittel inklusive Physiotherapie und Ergotherapie
<b>Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Nikotinkarenz
<input type="checkbox"/> Alkoholkarenz	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<b>Erläuterungen:</b>	

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der IRENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsbogen (G4827-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

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

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





Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Reha-Nachsorge-Dokumentation IRENA**

Versicherungsnummer	Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Rehabilitationseinrichtung	
Geb.-Datum, sofern nicht in Versicherungsnummer enthalten		Abteilung	
Straße, Hausnummer		IK-Nr.	
Postleitzahl	Wohnort	Abt.-Nr.	
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch			

**Dauer**

Beginndatum	Abschlussdatum
-------------	----------------

Anzahl der während des Nachsorge-Zeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl
---	--------

Wurde die Reha-Nachsorge IRENA abgebrochen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

**Diagnosen nach ICD-10**

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

**Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?**

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen
<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: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**Arbeitsfähigkeit am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

arbeitsfähig
  arbeitsunfähig

**Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

erwerbstätig
  arbeitslos  
 in Rente / Altersteilzeit
  sonstiges: \_\_\_\_\_
  keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten  
 A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine  
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

<b>Weiter behandelnde Ärzte / Psychologen</b>	
<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Kontrolle Labor / Medikamente
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Heilmittel und Hilfsmittel inklusive Physiotherapie und Ergotherapie
<b>Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Nikotinkarenz
<input type="checkbox"/> Alkoholkarenz	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<b>Erläuterungen:</b>	

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der IRENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4827-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

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

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









Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**Arbeitsfähigkeit am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

arbeitsfähig
  arbeitsunfähig

**Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

erwerbstätig
  arbeitslos  
 in Rente / Altersteilzeit
  sonstiges: \_\_\_\_\_
  keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten  
 A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine  
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

<b>Weiter behandelnde Ärzte / Psychologen</b>	
<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Kontrolle Labor / Medikamente
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Heilmittel und Hilfsmittel inklusive Physiotherapie und Ergotherapie
<b>Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Nikotinkarenz
<input type="checkbox"/> Alkoholkarenz	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<b>Erläuterungen:</b>	

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der IRENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4827-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

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

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







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for insurance number

Grid for identification number

Grid for MSAT / MSNR

**Arbeitsfähigkeit am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

arbeitsfähig       arbeitsunfähig

**Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung (Angabe bitte über die Versicherten abfragen)**

erwerbstätig       arbeitslos  
 in Rente / Altersteilzeit       sonstiges: \_\_\_\_\_       keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine  
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

**Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:**

Large empty box for special circumstances



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

<b>Weiter behandelnde Ärzte / Psychologen</b>	
<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Kontrolle Labor / Medikamente
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Heilmittel und Hilfsmittel inklusive Physiotherapie und Ergotherapie
<b>Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Nikotinkarenz
<input type="checkbox"/> Alkoholkarenz	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<b>Erläuterungen:</b>	

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der IRENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4827-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

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

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



