

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Reha-Nachsorge-Dokumentation Psy-RENA**

Versicherungsnummer	Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Nachsorgeanbieter	
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 Psy-RENA 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
-------------

MSAT / MSNR
-------------

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

<input type="checkbox"/> arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig
---------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> in Rente / Altersteilzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

1. Vorgespräch / Anamnese (bei Gruppenleistung)	Anzahl
2. Gruppengespräche	Anzahl
3. Abschlussgespräch (bei Gruppenleistung)	Anzahl
4. Einzelgespräche (Sonderform)	Anzahl
<b>Dokumentation Case-Management</b>	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weiterer Kontakt mit:	Anzahl
5. Sonstiges:	Anzahl

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:
--



Versicherungsnummer	Kennzeichen	MSAT / MSNR
---------------------	-------------	-------------

**Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen**

<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Suchtberatung
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung	

**Sonstige Maßnahmen** weitere Anregung

Erläuterungen:

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Psy-RENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4821-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten





Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Reha-Nachsorge-Dokumentation Psy-RENA**

Versicherungsnummer	Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Nachsorgeanbieter	
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 Psy-RENA 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
-------------

MSAT / MSNR
-------------

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

<input type="checkbox"/> arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig
---------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> in Rente / Altersteilzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

1. Vorgespräch / Anamnese (bei Gruppenleistung)	Anzahl
2. Gruppengespräche	Anzahl
3. Abschlussgespräch (bei Gruppenleistung)	Anzahl
4. Einzelgespräche (Sonderform)	Anzahl
<b>Dokumentation Case-Management</b>	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weiterer Kontakt mit:	Anzahl
5. Sonstiges:	Anzahl

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:
--



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen

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

MSAT / MSNR

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

### Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Suchtberatung
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung	

### Sonstige Maßnahmen

weitere Anregung

Erläuterungen:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Psy-RENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4821-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten







Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Reha-Nachsorge-Dokumentation Psy-RENA**

Versicherungsnummer		Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Nachsorgeanbieter		
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 Psy-RENA 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
-------------

MSAT / MSNR
-------------

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

<input type="checkbox"/> arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig
---------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> in Rente / Altersteilzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

1. Vorgespräch / Anamnese (bei Gruppenleistung)	Anzahl
2. Gruppengespräche	Anzahl
3. Abschlussgespräch (bei Gruppenleistung)	Anzahl
4. Einzelgespräche (Sonderform)	Anzahl
<b>Dokumentation Case-Management</b>	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weiterer Kontakt mit:	Anzahl
5. Sonstiges:	Anzahl

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:
--







Zuständiger Rentenversicherungsträger:



**Reha-Nachsorge-Dokumentation Psy-RENA**

Versicherungsnummer		Kennzeichen	MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)			Nachsorgeanbieter	
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 Psy-RENA abgebrochen?  nein  ja

**Diagnosen nach ICD-10**

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

**Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?**

Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschränkungen

Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen

nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf

strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung

Förderung von Selbstmanagementkompetenzen

Sonstiges: \_\_\_\_\_



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

Kennzeichen
-------------

MSAT / MSNR
-------------

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

<input type="checkbox"/> arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig
---------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> in Rente / Altersteilzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

**Therapeutische Leistungen**

1. Vorgespräch / Anamnese (bei Gruppenleistung)	Anzahl
2. Gruppengespräche	Anzahl
3. Abschlussgespräch (bei Gruppenleistung)	Anzahl
4. Einzelgespräche (Sonderform)	Anzahl
<b>Dokumentation Case-Management</b>	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weiterer Kontakt mit:	Anzahl
5. Sonstiges:	Anzahl

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:
--





