

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Reha-Nachsorge-Dokumentation T-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
-------------	----------------

Form

vor Ort digital

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

Wurde die Reha-Nachsorge T-RENA abgebrochen? nein ja

Diagnosen nach ICD-10

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

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



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Reha-Nachsorge-Dokumentation T-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
-------------	----------------

Form
 vor Ort digital

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

Wurde die Reha-Nachsorge T-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

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	



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen

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

MSAT / MSNR

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

Verlauf der Therapie

Die folgenden Angaben sollten in Abstimmung mit der / dem Versicherten erfolgen.

Ausdauer	<input type="checkbox"/>	verbessert	<input type="checkbox"/>	keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	verschlechtert
Kraft	<input type="checkbox"/>	verbessert	<input type="checkbox"/>	keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	verschlechtert
Koordination	<input type="checkbox"/>	verbessert	<input type="checkbox"/>	keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	verschlechtert
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	verbessert	<input type="checkbox"/>	keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	verschlechtert

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:

Wird die Versicherte / der Versicherte das Training eigenständig fortsetzen?

nein ja keine Angabe

Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der T-RENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsfomular (G4831-00 beziehungsweise G4841-00) eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Nachsorgetherapeutin / des Nachsorgetherapeuten



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Reha-Nachsorge-Dokumentation T-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
-------------	----------------

Form

vor Ort digital

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

Wurde die Reha-Nachsorge T-RENA abgebrochen? nein ja

Diagnosen nach ICD-10

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

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



