

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Deutsche
Rentenversicherung**Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche**

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Kennzeichen <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	MSAT / MSNR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
Patientin / Patient (Name, Vorname) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Nachsorgeanbieter <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Straße, Hausnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Postleitzahl <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Dauer

Beginndatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Abschlussdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	--

Anzahl der während des Nachsorgezeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl
--	--------

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

Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?

<input type="checkbox"/> 	Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
<input type="checkbox"/> 	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
<input type="checkbox"/> 	nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/> 	strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/> 	Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> 	Sonstiges: _____

Nachsorgeleistungen

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			



MSAT / MSNR

Versicherung die Leistung erbracht wurde

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:

<input type="checkbox"/>	Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/>	Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Nachsorgeanbieters



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Deutsche
Rentenversicherung****Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche**

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Kennzeichen <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Patientin / Patient (Name, Vorname) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Straße, Hausnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> Postleitzahl Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	MSAT / MSNR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Nachsorgeanbieter <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	--

Dauer

Beginndatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Abschlussdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--

Anzahl der während des Nachsorgezeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
--	--

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

Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
<input type="checkbox"/>	nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/>	strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Nachsorgeleistungen

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			



MSAT / MSNR

Versicherung die Leistung erbracht wurde

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:

<input type="checkbox"/>	Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/>	Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		

Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Nachsorge. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Nachsorgeanbieters



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Deutsche
Rentenversicherung****Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche**

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde		Kennzeichen	MSAT / MSNR
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Nachsorgeanbieter	
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		

Dauer

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

Anzahl der während des Nachsorgezeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl
--	--------

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

Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?

<input type="checkbox"/>	Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
<input type="checkbox"/>	nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/>	strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Nachsorgeleistungen

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			



MSAT / MSNR

Versicherung die Leistung erbracht wurde

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:

<input type="checkbox"/>	Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/>	Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		

Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Nachsorge. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Nachsorgeanbieters





Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> Kennzeichen <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	MSAT / MSNR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
Patientin / Patient (Name, Vorname) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Nachsorgeanbieter <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
Straße, Hausnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Postleitzahl Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	

Dauer

Beginndatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Abschlussdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--

Anzahl der während des Nachsorgezeitraums insgesamt wahrgenommenen Termine	Anzahl

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

Welche Nachsorgeziele wurden erreicht?

<input type="checkbox"/> 	Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
<input type="checkbox"/> 	Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
<input type="checkbox"/> 	nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/> 	strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
<input type="checkbox"/> 	Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
<input type="checkbox"/> 	Sonstiges: _____

Nachsorgeleistungen

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			



MSAT / MSNR

Versicherung die Leistung erbracht wurde

Laufende Nummer	Art der Leistung	Dauer	Anzahl
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:

<input type="checkbox"/>	Übungen selbständig fortsetzen	<input type="checkbox"/>	Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		

Diese Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Nachsorge. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular eine Ausfertigung dieser Dokumentation bei.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Nachsorgeanbieters

