

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 (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
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

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

<input type="checkbox"/>	T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/>	DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
<input type="checkbox"/>	Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)		
<input type="checkbox"/>	IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)		

4.2 Form der Durchführung

<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

5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

<input type="checkbox"/>	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
<input type="checkbox"/>	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: _____

Gezielter Trainingsbereich

<input type="checkbox"/>	HWS / Schulter-Arm	<input type="checkbox"/>	LWS / Rumpf	<input type="checkbox"/>	Becken / Bein
--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Belastungseinschränkungen: _____

5.2 Psy-RENA

<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 einer Teilrente 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

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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Angaben zur Person

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

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
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

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

<input type="checkbox"/>	T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/>	DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)
<input type="checkbox"/>	Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)		
<input type="checkbox"/>	IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)		

4.2 Form der Durchführung

<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

5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

<input type="checkbox"/>	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten
<input type="checkbox"/>	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: _____

Gezielter Trainingsbereich

<input type="checkbox"/>	HWS / Schulter-Arm	<input type="checkbox"/>	LWS / Rumpf	<input type="checkbox"/>	Becken / Bein
--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Belastungseinschränkungen: _____

5.2 Psy-RENA

<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
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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:	Tag	Monat	Jahr
	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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 einer Teilrente 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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Angaben zur Person

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

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
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

noch Ziffer 3

☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf

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

☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen

☐ Sonstiges: _____

4 Nachsorgeprogramm

4.1 Art des Nachsorgeprogramms

☐ T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge)

☐ Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge)

☐ IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)

☐ DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)

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 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten

☐ Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: _____

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
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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:	Tag	Monat	Jahr
	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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 einer Teilrente 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)

Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter


**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 (4 Wochen bei Empfehlung von DE-RENA) nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Angaben zur Person

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

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
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> T-RENA (Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) | <input type="checkbox"/> DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen) |
| <input type="checkbox"/> Psy-RENA (Psychosomatische Reha-Nachsorge) | |
| <input type="checkbox"/> IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) | |

4.2 Form der Durchführung

- | | |
|--|----------------------------------|
| <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

5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 39 Terminen (plus individuelles Einweisungstraining), 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 12 Monaten |
| <input type="checkbox"/> | Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 18 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 12 Monaten |

Angabe zur Bewegungseinschränkung, sofern keine M-Diagnose unter Ziffer 2 angegeben: _____

Gezielter Trainingsbereich

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Arm | <input type="checkbox"/> LWS / Rumpf | <input type="checkbox"/> Becken / Bein |
|---|--------------------------------------|--|

Belastungseinschränkungen: _____

5.2 Psy-RENA

- | | |
|--------------------------|---|
| <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
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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:	Tag	Monat	Jahr
	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></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 einer Teilrente 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

