			Kennzeichen	Ausfe	rtigung für d		tationseinrichtung
Versicheri	ungsnummer ı	1 1	(soweit bekannt)			Deutsch	e versicherung
					4	# Neillein	er sicher ung
MSAT / MS	SNR						
1	1				_		
						Gilt als K	ostenzusage
Deutsch	e Rentenversicher	una					
Doubon		ang					
•	hlung für eine	_	zur Nachsorg	e nach eine	er medizin	ischen	
Kenab	ilitationsleistu	ing					
							sicherungsträger zu e / der Versicherte.
Die nach	nfolgende Empfehl	ung verliert il	hre Gültigkeit, wen	n die Reha-N	achsorge nicl	ht innerhalb	von 3 Monaten
	en bei Empfehlung tationseinrichtung l			Empfehlung vo	on DE-RENA	) nach Entla	ssung aus der
Renabili	lationsellinchtung i	begonnen wii	u.				en bitte in Druckschrift
	ngaben zur Perso	n			in schwarz ode		
Name, Vo	rname					Geburts	datum
Straße Ha	ausnummer, Postleitzah	al Wohnort					
Caraloo, Fic	adonaminor, r oduonzar	n, TT OF IT OF T					
Telefon							
Leistung z	zur medizinischen Reha	bilitation vom - b	is	in (Rehabilitation	seinrichtung)		
2 Er	ntlassungsdiagno	osen (nach l	CD-10-GM)				
		(10.011					ICD-Schlüssel
1.							
							ICD-Schlüssel
2.							
							ICD-Schlüssel
3.							ICD-Schlüssel
4.							TOD COMMODON
3 Ve	ereinbarte Nachs	orgeziele					
├─ Ver	rbesserung noch b	estehender f	unktioneller Einsc	hränkungen			
<b>├</b>							



Versicherungsnummer							
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)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)							
IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)							
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 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten	I						
Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten							
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	١,						
DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit depressiven Störungen							



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
noch Ziffer <b>5.2</b>	
Weitere Hinweise:	
5.3 IRENA	
Intensivierte Reha-Nachsorge in de	r Gruppe mit
Intensivierte Reha-Nachsorge digita	l mit
24 Terminen (Somatik, Psychos	omatik) 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 N	Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
Leistungen aus mindestens 2 der folge	nden 3 Therapiefelder sind erforderlich:
Therapiefeld I (Leistungen aus den zum Beispiel Sporttherapie und Bev	
Therapiefeld II (Leistungen aus der zum Beispiel Stressbewältigung, Er	n KTL-Kapiteln D, E und F) ntspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
Therapiefeld III (Leistungen aus de zum Beispiel Information / Schulung	en KTL-Kapiteln C und M) g zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung
Weitere Hinweise:	
6 Angaben zum Nachsorgeanbiete	er
Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
7 Beginn der Reha-Nachsorge	
Tag Monat	Jahr
Geplanter Beginn:	
<del>-</del>	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
Das Informationsblatt G4803-00 ist de	r Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung
B Einwilligungserklärung und Ir	nformation der Versicherten / des Versicherten
3.1 Einwilligungserklärung	
<u> </u>	<b>anbieter</b> eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.
nein	
Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meir Zukunft widerrufen kann.	ne Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die
<b>Hinweis:</b> Wegen der Entbindung von Antragstellers - nicht die des eventuell	der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Bevollmächtigten - erforderlich.
and age and a decoration	
Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
·	
Datum  3.2 Information  Der zuständige Rentenversicherungstr  Anspruchszeitraum von bis zu 12 Mon  Empfehlung enthält einen Vorschlag, l  die Reha-Nachsorge bei diesem Anbie	
Datum  3.2 Information  Der zuständige Rentenversicherungsti Anspruchszeitraum von bis zu 12 Mon Empfehlung enthält einen Vorschlag, l die Reha-Nachsorge bei diesem Anbie Anbieter möglich. Die Kostenzusage b	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten  räger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem  naten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die  bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern  eter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen
Datum  3.2 Information  Der zuständige Rentenversicherungstr Anspruchszeitraum von bis zu 12 Mon Empfehlung enthält einen Vorschlag, l die Reha-Nachsorge bei diesem Anbie Anbieter möglich. Die Kostenzusage b  3.3 Ich werde an der von der Reh Das Informationsblatt G4803-00 habe zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt,	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten  räger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem naten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern eter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen oleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.
Datum  3.2 Information  Der zuständige Rentenversicherungstr Anspruchszeitraum von bis zu 12 Mon Empfehlung enthält einen Vorschlag, l die Reha-Nachsorge bei diesem Anbie Anbieter möglich. Die Kostenzusage b  3.3 Ich werde an der von der Reh Das Informationsblatt G4803-00 habe zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug von wenigstens 2/3 der Vollrente kein Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, Rente wegen Alters gezahlt wird. Ich	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten  räger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem naten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern eter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen oleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.  abilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen. ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei g einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer



Versicherungsnummer	nzeichen veit bekannt)	tigung für den Rentenversicherungsträger  Deutsche Rentenversicherung
MSAT / MSNR		
		Gilt als Kostenzusage
Deutsche Rentenversicherung		
Empfehlung für eine Leistung zur I Rehabilitationsleistung	Nachsorge nach ein	er medizinischen
Hinweise für die Rehabilitationseinrichtun übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalter		
Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gi (6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 V Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.		
1 Angaben zur Person		Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
States, Haddinimor, Footbleam, Womber		
Telefon		
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitatio	nseinrichtung)
2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10	)-GM)	
1.		ICD-Schlüssel
		ICD-Schlüssel
2.		ICD-Schlüssel
3.		ICD-Schlüssel
4.		IOD-octiliussei
3 Vereinbarte Nachsorgeziele		
Verbesserung noch bestehender funktio	oneller Finschränkungen	
Stabilisierung / Verstetigung von Verhalt	_	ensstiländerungen



Versicherungsnummer							
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)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte mit depressiven Störungen)							
IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)							
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 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuten innerhalb von 6 Monaten							
Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten							
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
noch Ziffer <b>5.2</b>	
Weitere Hinweise:	
5.3 IRENA	
Intensivierte Reha-Nachsorge in de	
Intensivierte Reha-Nachsorge digita	al mit
24 Terminen (Somatik, Psychos	somatik) 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 ľ	Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
Leistungen aus <b>mindestens 2</b> der folge	enden 3 Therapiefelder sind erforderlich:
Therapiefeld I (Leistungen aus der zum Beispiel Sporttherapie und Bev	
Therapiefeld II (Leistungen aus der zum Beispiel Stressbewältigung, Er	ntspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
Therapiefeld III (Leistungen aus de zum Beispiel Information / Schulun	en KTL-Kapiteln C und M) g zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung
Weitere Hinweise:	
6 Angaben zum Nachsorgeanbiete	er
Name	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
7 Beginn der Reha-Nachsorge	
Tag Monat	Jahr
Geplanter Beginn:	



	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
Das	Informationsblatt G4803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.
Ort, D	atum Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung
8	Einwilligungserklärung und Information der Versicherten / des Versicherten
B.1	Einwilligungserklärung
lch	willige ein, dass der Nachsorgeanbieter eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern binde ich die Ärztinnen / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.
	nein ja
	et bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Inft widerrufen kann.
	veis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des
Anua	agstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.
Datun	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
8.2	Information
	mornation
Ansp Emp die F	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen eter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.
Ansp Emp die F	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen
Ansp Emp die F Anbi 8.3 Das zwiso von v Koste <b>Rent</b>	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen eter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.
Ansp Emp die F Anbi 8.3 Das zwiso von v Koste <b>Rent</b>	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen eter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.  Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.  Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei chenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte enzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer die wegen Alters gezahlt wird. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträgen
Ansp Emp die R Anbid 8.3 Das zwisc von v Koste Rent sofor	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern Reha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen eter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.  Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen. Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei chenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte enzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer die wegen Alters gezahlt wird. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger it mitzuteilen.
Ansp Emp die R Anbid 8.3 Das zwisc von v Koste Rent sofor	zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem pruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die fehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern beha-Nachsorge bei diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen eter möglich. Die Kostenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.  Ich werde an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.  Informationsblatt G4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei chenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters wenigstens 2/3 der Vollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte enzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer de wegen Alters gezahlt wird. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger it mitzuteilen.  Unterschrift  Unterschrift



	• •	sicherte / den Vers Kennzeichen	sicherten (gilt	t auch zur Vor	rlage an die Arztin / den Arzt
Versio	herungsnummer	(soweit bekannt)			Deutsche
					Rentenversicherung
MSAT	/ MSNR				
				G	ilt als Kostenzusage
Deuts	sche Rentenversicherung				
-	rfehlung für eine Leistung abilitationsleistung	zur Nachsorg	e nach ein	er medizinis	schen
	eise für die Rehabilitationseinr enden. Weitere Ausfertigungen e				
(6 W	achfolgende Empfehlung verliert ochen bei Empfehlung von T-REN	NA, 4 Wochen bei E			
Rena <b>1</b>	bilitationseinrichtung begonnen w  Angaben zur Person	rira.		Handschriftliche in schwarz oder	e Ergänzungen bitte in Druckschrift blau
Name	Vorname				Geburtsdatum
Straße	e, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort				
Telefo	n				
Leistu	ng zur medizinischen Rehabilitation vom -	bis	in (Rehabilitation	nseinrichtung)	
2	Entlassungsdiagnosen (nach	ICD-10-GM)			
_		,			ICD-Schlüssel
1.					100 0 110 11
2.					ICD-Schlüssel
3.					ICD-Schlüssel
4.					ICD-Schlüssel
3	Vereinbarte Nachsorgeziele				
	Verbesserung noch bestehender	funktioneller Fines	hränkungen		
$\vdash$	-		_	noctiländen in a	von.
$\vdash$	Stabilisierung / Verstetigung von \	vernanensanderun	gen una Lebe	nssulanderung	jen



Versicherungsnummer	
noch Ziffer 3	
nachhaltinas Transfer des Calematen in Allta sund Demif	
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)  DE-RENA (Smartphone-App für Versich	nerte
mit depressiven Störungen)  IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)	
4.2 Form der Durchführung	
Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)	
Ein Wechsel von Präsenzform (vor Ort) in digitaler Form ist aus medizinischen / psychosozialen Grün	ıden
abzulehnen	
5 Weitere Angaben zur Empfehlung	
5.1 T-RENA (bitte Trainingsplan beifügen)	
Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge in der Gruppe mit 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Mir	nuten
innerhalb von 6 Monaten	idioii
Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten p	oro
Woche innerhalb von 6 Monaten	
Gezielter Trainingsbereich	
HWS / Schulter-Arm LWS / Rumpf Becken / Bein	
Belastungseinschränkungen:	
5.2 Psy-RENA	
Psychosomatische Reha-Nachsorge mit 25 Gesprächseinheiten (plus Aufnahme und Abschlussgesp 1 mal wöchentlich in der Gruppe je 90 Minuten innerhalb von 12 Monaten	räch),
DE-RENA, App-gesteuerte individuelle Reha-Nachsorge, für längstens 6 Monate für Versicherte mit	
depressiven Störungen	



Versicherungsnummer
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
Tag Monat Jahr
Geplanter Beginn:



Vers	icherungsnummer			Kennzeichen (soweit bekar	nnt) <b>I</b>	MSAT / MS	NR	
			1 , 1			1 1		
Das	Informationsbla	utt G4803	3-00 ist der	Versicherten	ı / dei	m Versic	herten	ausgehändigt worden.
Ort, D	Patum				Unter	schrift und	Stempel	der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung
8 8.1	Einwilligung Einwilligung			formation de	er Ve	rsichert	en / de	s Versicherten
	willige ein, das binde ich die Är nein ja							ngsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern gepflicht.
	st bekannt, das unft widerrufen l	-	erzeit mein	e Einwilligunç	g / Eir	nwilligun	gen ga	nz oder teilweise mit Wirkung für die
	<b>veis:</b> Wegen de agstellers - nich							die Unterschrift der Antragstellerin / des
Datur	n							Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
8.2	Information							
Ansp Emp die F	oruchszeitraum ofehlung enthält Reha-Nachsorg	von bis z einen Vo e bei die	zu 12 Mona orschlag, b sem Anbie	aten nach En bei welchem <i>I</i> ter nicht durc	de de Anbie hgefü	er medizi ter die R ührt werd	nische eha-Na en kar	eha-Nachsorge in einem n Leistung zur Rehabilitation. Die achsorge durchgeführt werden soll. Sofern nn, ist ein Wechsel zu einem anderen ht neu erstellt werden.
8.3	Ich werde ar	ı der voı	n der Reha	abilitationsei	nrich	ntung en	npfohl	enen Reha-Nachsorge teilnehmen.
zwis von v Kost <b>Ren</b>	chenzeitlichem wenigstens 2/3 enzusage erlisc	Antrag o der Vollr cht. <b>Gleic</b>	oder Bezug ente kein A ches gilt, v	einer Vollrer Anspruch auf <b>venn ich ein</b>	nte we die e <b>e Lei</b>	egen Alte mpfohle <b>stung e</b> i	ers ode ne Nac halte,	nommen. Mir ist bekannt, dass bei er bei Bezug einer Teilrente wegen Alters chsorgeleistung besteht und die erteilte die regelmäßig bis zum Beginn einer sänderung dem Rentenversicherungsträger
9	Unterschrift							
Datur	n							Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



Kennzeichen	Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter
Versicherungsnummer   (soweit bekannt)	<b>Deutsche</b>
	Rentenversicherung
MSAT / MSNR	
	Gilt als Kostenzusage
Deutsche Rentenversicherung	
Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge	nach einer medizinischen
Rehabilitationsleistung	
Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfeh	ulung ist dom zuständigen Bentenversisherungsträger zu
übersenden. Weitere Ausfertigungen erhalten der Reha-Na	
Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn	die Reha-Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten
(6 Wochen bei Empfehlung von T-RENA, 4 Wochen bei En	
Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.	Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
1 Angaben zur Person	in schwarz oder blau
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	n (Rehabilitationseinrichtung)
2 Entlassungsdiagnosen (nach ICD-10-GM)	ICD-Schlüssel
	ICD-3CHiussei
1.	ICD-Schlüssel
2.	
	ICD-Schlüssel
3.	
	ICD-Schlüssel
4.	
3 Vereinbarte Nachsorgeziele	
Verbesserung noch bestehender funktioneller Einschr	änkungen
$\vdash$	
Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderunge	n und Labanastiiändamungas



Versicherungsnummer	
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)  DE-RENA (Smartphone-App für Versicherte	
mit depressiven Störungen)  IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge)	
4.2 Form der Durchführung	
Standard vor Ort (gilt nicht für DE-RENA)	
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 26 Terminen, 2 mal pro Woche je 60 Minuter innerhalb von 6 Monaten	1
Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge digital, 12 Behandlungseinheiten, mindestens 60 Minuten pro Woche innerhalb von 6 Monaten	
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 den regeigen. Stärungen	
depressiven Störungen	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
noch Ziffer <b>5.2</b>	
Weitere Hinweise:	
5.3 IRENA	
Intensivierte Reha-Nachsorge in de	r Gruppe mit
Intensivierte Reha-Nachsorge digita	al mit
24 Terminen (Somatik, Psychos	somatik) 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 ľ	Minuten, 1-2 mal pro Woche innerhalb von 12 Monaten
Leistungen aus mindestens 2 der folge	enden 3 Therapiefelder sind erforderlich:
Therapiefeld I (Leistungen aus der zum Beispiel Sporttherapie und Bev	
Therapiefeld II (Leistungen aus der zum Beispiel Stressbewältigung, Er	n KTL-Kapiteln D, E und F) ntspannungstraining, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie
Therapiefeld III (Leistungen aus de zum Beispiel Information / Schulung	en KTL-Kapiteln C und M) g zu Verhaltensänderung, Ernährungsberatung
Weitere Hinweise:	
6 Angaben zum Nachsorgeanbiet	
Angaben zum Nachsorgeanbiete Name	ਦ। 
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Postanschrift, falls abweichend	
Telefon	Email
7 Beginn der Reha-Nachsorge	
Tag Monat	Jahr
Geplanter Beginn:	



	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
Das Informationsblatt G4	1803-00 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung
8 Einwilligungserk	lärung und Information der Versicherten / des Versicherten
8.1 Einwilligungserk	lärung
entbinde ich die Ärztinne	<b>r Nachsorgeanbieter</b> eine Kopie des Entlassungsberichts (Kurzbericht) erhält. Insofern en / Ärzte der Reha-Einrichtung von der Schweigepflicht.
nein	
Mir ist bekannt, dass ich Zukunft widerrufen kann	jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die
	tbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.
G	
_	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
Datum	
Datum  8.2 Information  Der zuständige Rentenvon  Anspruchszeitraum von  Empfehlung enthält eine  die Reha-Nachsorge bei	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten  ersicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die n Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen estenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.
Datum  8.2 Information  Der zuständige Rentenvon  Anspruchszeitraum von  Empfehlung enthält eine  die Reha-Nachsorge bei  Anbieter möglich. Die Ko	ersicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die n Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen
Datum  3.2 Information  Der zuständige Rentenvon  Empfehlung enthält eine die Reha-Nachsorge bei Anbieter möglich. Die Konstelle Beiter an der Das Informationsblatt Gzwischenzeitlichem Antravon wenigstens 2/3 der Nostenzusage erlischt. Gestenzusage erlischt. Gestenzusage erlischt.	ersicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die n Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen estenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.
Datum  B.2 Information  Der zuständige Rentenvenspruchszeitraum von Empfehlung enthält eine die Reha-Nachsorge bei Anbieter möglich. Die Konstenzeitlichem Antravon wenigstens 2/3 der Nostenzusage erlischt. GRente wegen Alters gestenspressens 2/3 der Nostenzusage erlischt. GRente wegen Alters gestens	ersicherungsträger übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorge in einem bis zu 12 Monaten nach Ende der medizinischen Leistung zur Rehabilitation. Die n Vorschlag, bei welchem Anbieter die Reha-Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern diesem Anbieter nicht durchgeführt werden kann, ist ein Wechsel zu einem anderen estenzusage bleibt weiterhin gültig und muss nicht neu erstellt werden.  von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Reha-Nachsorge teilnehmen.  4803-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei ag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters /ollrente kein Anspruch auf die empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer

