

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

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

Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung

<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
Dokumentation Case-Management (nur bei Gruppenleistung)	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weitere 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					
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl	Wohnort			Abteilung	
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch				IK-Nr.	Abt.-Nr.

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

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

Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung

<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
Dokumentation Case-Management (nur bei Gruppenleistung)	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weitere 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

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

Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung

<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
Dokumentation Case-Management (nur bei Gruppenleistung)	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weitere Kontakt mit:	Anzahl
5. Sonstiges:	Anzahl

Besonderheiten im Verlauf der Nachsorge:
--



Versicherungsnummer

Kennzeichen

MSAT / MSNR

Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen

Psychologische Beratung

Psychotherapie

Suchtberatung

Selbsthilfegruppe

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					
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl	Wohnort			Abteilung	
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch				IK-Nr.	Abt.-Nr.

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

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

Erwerbstatus am Ende der Nachsorge-Leistung

<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
Dokumentation Case-Management (nur bei Gruppenleistung)	
1. Einzelgespräch	Anzahl
2. Paargespräch / Familiengespräch	Anzahl
3. Gespräch mit Reha-Fachberater	Anzahl
4. Weitere 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



