

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

--

**Zuständiger Rentenversicherungsträger:**Eingangsstempel der  
Antrag aufnehmenden StelleEingangsstempel des  
Rentenversicherungsträgers**Antrag auf Leistungen zur Reha-Nachsorge**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
--

**Hinweis:** Der Antrag auf Leistungen zur Reha-Nachsorge muss innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden.

**1 Beantragte Leistung zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation**

<input type="checkbox"/>	T-RENA: Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge
<input type="checkbox"/>	Psy-RENA: Psychosomatische Reha-Nachsorge
<input type="checkbox"/>	IRENA: Intensivierte Reha-Nachsorge

**Hinweis:****Informationen zu den einzelnen Nachsorgeprogrammen entnehmen Sie bitte dem Formular G4803-00.****2 Angaben zur Person**

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

**3 Durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

<b>3.1 Rehabilitationseinrichtung</b>			
Name			
Straße, Hausnummer			Telefon
Postleitzahl	Ort		
<b>3.2 Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation am</b>		Tag	Monat



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

#### 4 Gewünschter Nachsorgeanbieter

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

#### 5 Dokumentenzugang

##### 5.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

##### 5.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

#### 6 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führunghund oder Assistenzhund)?

nein  ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

--



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR 
-------------------------	---------------------------------	-----------------

**7 Einwilligungserklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers**

**7.1 Das Informationsblatt G4803-00 habe ich zur Kenntnis genommen.** Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente, kein Anspruch auf die beantragte Nachsorgeleistung besteht und eine erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

**7.2 Ich willige ein**, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt eine Ausfertigung der Dokumentation über die durchgeführte Nachsorgeleistung erhält.

nein  ja

---

Ort, Datum
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**7.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.** Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.  
**Ich verpflichte mich**, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.  
**Ich willige ein**, dass der Nachsorgeanbieter eine Kopie des Entlassungsberichts erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von der Schweigepflicht.

**8 Unterschrift**

Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



