Rentenversicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		Krankenversichertennummer
		oder	

MSAT / MSNR

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen

G0400

Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers	Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung

Angaben zur Person

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

Beginn der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen
Voraussichtliches Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen
Vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Der zuständige Rehabilitationsträger informiert Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet auf der Seite Ihres Rehabilitationsträgers unter dem Stichwort: Datenschutz. Auf Wunsch werden Ihnen diese Informationen auch postalisch zugesendet. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihren Rehabilitationsträger.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

G0400-00 DRV
Version 07007 - AGTH 2/2021 - Stand 02.06.2021

Rentenversicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		Krankenversichertennummer
		oder	

MSAT / MSNR

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Name, Vorname

Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen

1. Ist die Versicherte / der Versicherte arbeitsfähig?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, bitte Begründung und Angabe der voraussichtlichen Dauer.

2. Diagnosen nach ICD

3. Voraussichtliches Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:

☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden

4. Begründung der beantragten Leistung (4.1 bisheriger Verlauf, 4.2 psychosoziale Situation - inklusive Wohnungssituation und Arbeitssituation, 4.3 Rückfallgefahr, 4.4 Ziele der geplanten Maßnahme, 4.5 psychischer Befund)

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ich habe die Inhalte zu Ziffer 1 - 4 zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

G0400-00 DRV
Version 07007 - AGTH 2/2021 - Stand 02.06.2021