Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Deutsche Rentenversicherung

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die weiteren Ausfertigungen erhalten die gesetzliche Vertretung oder das volljährige Kind.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Leistung zur Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

G4900-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Entlassungsdiagnosen nach ICD

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD

4 Vereinbarte Nachsorgeziele

- ☐ Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
- ☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
- ☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
- ☐ strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
- ☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- ☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise für die Nachsorge:

5 Nachsorgeprogramm

5.1 Unimodale Nachsorge (Eine Kombination unimodaler Leistungen ist möglich, sofern kein multimodales Angebot vorhanden ist. In diesen Fällen ist pro Therapieform eine gesonderte Empfehlung auszustellen!)

☐ **Sport- und Bewegungstherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 26 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 12 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Physiotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

noch Ziffer **5.1**

☐ **Ergotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Logopädie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Entspannungstraining**

- ☐ Gruppe mit bis zu 8 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin

☐ **Psychotherapie**

- ☐ bis zu 25 Gruppengespräche à maximal 90 Minuten und 2 Einzelgespräche à 50 Minuten
- ☐ Einzel mit bis zu 8 Gesprächen, bis zu 50 Minuten pro Gespräch

Zusätzlich können Gespräche (zum Beispiel mit Angehörigen) mit bis zu 5 Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Ernährungsberatung**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin
- ☐ zusätzlich Lehrküche, Gruppe mit bis zu 3 Terminen, 180 Minuten pro Termin empfohlen
- ☐ zusätzlich Einbeziehung von einer Begleitperson oder Familienangehörigen

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

Sonstiges / weitere Hinweise:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5.2 Multimodale Nachsorge

Name des vom Rentenversicherungsträger anerkannten Konzepts

Anzahl der Termine (laut Konzept): _____

Dauer pro Termin (laut Konzept): _____

Weitere Hinweise:

6 Nachsorgeanbieter (in Abstimmung mit dem Kind oder der gesetzlichen Vertretung)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Bitte die Hinweise am Ende dieses Dokuments beachten!

7 Beginn der Leistung zur Nachsorge

	Tag	Monat	Jahr
Geplanter Beginn:			

8 Nachsorgemanagement

Falls für die Umsetzung der Nachsorgeleistungen ein Nachsorgemanagement erforderlich ist:

Name der Nachsorgemanagerin / des Nachsorgemanagers
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Das Informationsblatt G4902-00 ist ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Information und Erklärung

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die multimodale Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Das unter Ziffer 2 genannte Kind wird an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4902-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10 Unterschrift

Datum	Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung

Hinweise für Anbieter von unimodaler Nachsorge (Ziffer 5.1)
Unimodale Nachsorgeleistungen dürfen nur erbracht werden von:
- Therapeutinnen / Therapeuten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen sind und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben oder
- approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder approbierten Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

Es bedarf keiner gesonderten Zulassung durch die Rentenversicherung.
Therapeutische Leistungen entsprechend dem Heilmittelkatalog werden nach den aktuell geltenden bundeseinheitlichen Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der Nachsorgeleistung "Psychotherapie" (Gruppengespräche, Einzelgespräche und Angehörigengespräche) finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/verguetung-nachsorge-kinder

Die Formulare zur Dokumentation und Abrechnung finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/formulare-nachsorge-kinder

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die weiteren Ausfertigungen erhalten die gesetzliche Vertretung oder das volljährige Kind.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Leistung zur Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

G4900-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Entlassungsdiagnosen nach ICD

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD

4 Vereinbarte Nachsorgeziele

- ☐ Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
- ☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
- ☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
- ☐ strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
- ☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- ☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise für die Nachsorge:

5 Nachsorgeprogramm

5.1 Unimodale Nachsorge (Eine Kombination unimodaler Leistungen ist möglich, sofern kein multimodales Angebot vorhanden ist. In diesen Fällen ist pro Therapieform eine gesonderte Empfehlung auszustellen!)

☐ **Sport- und Bewegungstherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 26 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 12 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Physiotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

noch Ziffer **5.1**

☐ **Ergotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Logopädie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Entspannungstraining**

- ☐ Gruppe mit bis zu 8 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin

☐ **Psychotherapie**

- ☐ bis zu 25 Gruppengespräche à maximal 90 Minuten und 2 Einzelgespräche à 50 Minuten
- ☐ Einzel mit bis zu 8 Gesprächen, bis zu 50 Minuten pro Gespräch

Zusätzlich können Gespräche (zum Beispiel mit Angehörigen) mit bis zu 5 Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Ernährungsberatung**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin
- ☐ zusätzlich Lehrküche, Gruppe mit bis zu 3 Terminen, 180 Minuten pro Termin empfohlen
- ☐ zusätzlich Einbeziehung von einer Begleitperson oder Familienangehörigen

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

Sonstiges / weitere Hinweise:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5.2 Multimodale Nachsorge

Name des vom Rentenversicherungsträger anerkannten Konzepts

Anzahl der Termine (laut Konzept): _____

Dauer pro Termin (laut Konzept): _____

Weitere Hinweise:

6 Nachsorgeanbieter (in Abstimmung mit dem Kind oder der gesetzlichen Vertretung)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Bitte die Hinweise am Ende dieses Dokuments beachten!

7 Beginn der Leistung zur Nachsorge

	Tag	Monat	Jahr
Geplanter Beginn:			

8 Nachsorgemanagement

Falls für die Umsetzung der Nachsorgeleistungen ein Nachsorgemanagement erforderlich ist:

Name der Nachsorgemanagerin / des Nachsorgemanagers
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Das Informationsblatt G4902-00 ist ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Information und Erklärung

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die multimodale Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Das unter Ziffer 2 genannte Kind wird an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4902-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10 Unterschrift

Datum	Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung

Hinweise für Anbieter von unimodaler Nachsorge (Ziffer 5.1)
Unimodale Nachsorgeleistungen dürfen nur erbracht werden von:
- Therapeutinnen / Therapeuten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen sind und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben oder
- approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder approbierten Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

Es bedarf keiner gesonderten Zulassung durch die Rentenversicherung.
Therapeutische Leistungen entsprechend dem Heilmittelkatalog werden nach den aktuell geltenden bundeseinheitlichen Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der Nachsorgeleistung "Psychotherapie" (Gruppengespräche, Einzelgespräche und Angehörigengespräche) finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/verguetung-nachsorge-kinder

Die Formulare zur Dokumentation und Abrechnung finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/formulare-nachsorge-kinder

Ausfertigung für das volljährige Kind / die gesetzliche Vertretung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die weiteren Ausfertigungen erhalten die gesetzliche Vertretung oder das volljährige Kind.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Leistung zur Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

G4900-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Entlassungsdiagnosen nach ICD

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD

4 Vereinbarte Nachsorgeziele

- ☐ Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
- ☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
- ☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
- ☐ strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
- ☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- ☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise für die Nachsorge:

5 Nachsorgeprogramm

5.1 Unimodale Nachsorge (Eine Kombination unimodaler Leistungen ist möglich, sofern kein multimodales Angebot vorhanden ist. In diesen Fällen ist pro Therapieform eine gesonderte Empfehlung auszustellen!)

☐ **Sport- und Bewegungstherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 26 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 12 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Physiotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

noch Ziffer **5.1**

☐ **Ergotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Logopädie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Entspannungstraining**

- ☐ Gruppe mit bis zu 8 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin

☐ **Psychotherapie**

- ☐ bis zu 25 Gruppengespräche à maximal 90 Minuten und 2 Einzelgespräche à 50 Minuten
- ☐ Einzel mit bis zu 8 Gesprächen, bis zu 50 Minuten pro Gespräch

Zusätzlich können Gespräche (zum Beispiel mit Angehörigen) mit bis zu 5 Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Ernährungsberatung**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin
- ☐ zusätzlich Lehrküche, Gruppe mit bis zu 3 Terminen, 180 Minuten pro Termin empfohlen
- ☐ zusätzlich Einbeziehung von einer Begleitperson oder Familienangehörigen

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

Sonstiges / weitere Hinweise:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

5.2 Multimodale Nachsorge

Name des vom Rentenversicherungsträger anerkannten Konzepts

Anzahl der Termine (laut Konzept): _____

Dauer pro Termin (laut Konzept): _____

Weitere Hinweise:

6 Nachsorgeanbieter (in Abstimmung mit dem Kind oder der gesetzlichen Vertretung)

Name

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Bitte die Hinweise am Ende dieses Dokuments beachten!

7 Beginn der Leistung zur Nachsorge

Geplanter Beginn: Tag Monat Jahr

8 Nachsorgemanagement

Falls für die Umsetzung der Nachsorgeleistungen ein Nachsorgemanagement erforderlich ist:

Name der Nachsorgemanagerin / des Nachsorgemanagers

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Das Informationsblatt G4902-00 ist ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Information und Erklärung

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die multimodale Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Das unter Ziffer 2 genannte Kind wird an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4902-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10 Unterschrift

Datum	Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung

Hinweise für Anbieter von unimodaler Nachsorge (Ziffer 5.1)
Unimodale Nachsorgeleistungen dürfen nur erbracht werden von:
- Therapeutinnen / Therapeuten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen sind und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben oder
- approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder approbierten Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

Es bedarf keiner gesonderten Zulassung durch die Rentenversicherung.
Therapeutische Leistungen entsprechend dem Heilmittelkatalog werden nach den aktuell geltenden bundeseinheitlichen Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der Nachsorgeleistung "Psychotherapie" (Gruppengespräche, Einzelgespräche und Angehörigengespräche) finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/verguetung-nachsorge-kinder

Die Formulare zur Dokumentation und Abrechnung finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/formulare-nachsorge-kinder

Ausfertigung zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin / beim behandelnden Arzt

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die weiteren Ausfertigungen erhalten die gesetzliche Vertretung oder das volljährige Kind.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Leistung zur Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

G4900-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Entlassungsdiagnosen nach ICD

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD

4 Vereinbarte Nachsorgeziele

- ☐ Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
- ☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
- ☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
- ☐ strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
- ☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- ☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise für die Nachsorge:

5 Nachsorgeprogramm

5.1 Unimodale Nachsorge (Eine Kombination unimodaler Leistungen ist möglich, sofern kein multimodales Angebot vorhanden ist. In diesen Fällen ist pro Therapieform eine gesonderte Empfehlung auszustellen!)

☐ **Sport- und Bewegungstherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 26 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 12 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Physiotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

noch Ziffer **5.1**

☐ **Ergotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Logopädie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Entspannungstraining**

- ☐ Gruppe mit bis zu 8 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin

☐ **Psychotherapie**

- ☐ bis zu 25 Gruppengespräche à maximal 90 Minuten und 2 Einzelgespräche à 50 Minuten
- ☐ Einzel mit bis zu 8 Gesprächen, bis zu 50 Minuten pro Gespräch

Zusätzlich können Gespräche (zum Beispiel mit Angehörigen) mit bis zu 5 Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Ernährungsberatung**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin
- ☐ zusätzlich Lehrküche, Gruppe mit bis zu 3 Terminen, 180 Minuten pro Termin empfohlen
- ☐ zusätzlich Einbeziehung von einer Begleitperson oder Familienangehörigen

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

Sonstiges / weitere Hinweise:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5.2 Multimodale Nachsorge

Name des vom Rentenversicherungsträger anerkannten Konzepts

Anzahl der Termine (laut Konzept): _____

Dauer pro Termin (laut Konzept): _____

Weitere Hinweise:

6 Nachsorgeanbieter (in Abstimmung mit dem Kind oder der gesetzlichen Vertretung)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Bitte die Hinweise am Ende dieses Dokuments beachten!

7 Beginn der Leistung zur Nachsorge

	Tag	Monat	Jahr
Geplanter Beginn:			

8 Nachsorgemanagement

Falls für die Umsetzung der Nachsorgeleistungen ein Nachsorgemanagement erforderlich ist:

Name der Nachsorgemanagerin / des Nachsorgemanagers
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Das Informationsblatt G4902-00 ist ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Information und Erklärung

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die multimodale Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Das unter Ziffer 2 genannte Kind wird an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4902-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10 Unterschrift

Datum	Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung

Hinweise für Anbieter von unimodaler Nachsorge (Ziffer 5.1)
Unimodale Nachsorgeleistungen dürfen nur erbracht werden von:
- Therapeutinnen / Therapeuten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen sind und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben oder
- approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder approbierten Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

Es bedarf keiner gesonderten Zulassung durch die Rentenversicherung.
Therapeutische Leistungen entsprechend dem Heilmittelkatalog werden nach den aktuell geltenden bundeseinheitlichen Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der Nachsorgeleistung "Psychotherapie" (Gruppengespräche, Einzelgespräche und Angehörigengespräche) finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/verguetung-nachsorge-kinder

Die Formulare zur Dokumentation und Abrechnung finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/formulare-nachsorge-kinder

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Ausfertigung zur Vorlage beim Nachsorgeanbieter

Deutsche Rentenversicherung

Gilt als Kostenzusage

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung: Die Empfehlung ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die weiteren Ausfertigungen erhalten die gesetzliche Vertretung oder das volljährige Kind.

Die nachfolgende Empfehlung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Leistung zur Nachsorge nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

G4900-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Entlassungsdiagnosen nach ICD

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD

4 Vereinbarte Nachsorgeziele

- ☐ Verbesserung noch bestehender Einschränkungen
- ☐ Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen
- ☐ nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Schule / Ausbildung
- ☐ strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen im Alltag oder in Schule / Ausbildung
- ☐ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen
- ☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise für die Nachsorge:

5 Nachsorgeprogramm

5.1 Unimodale Nachsorge (Eine Kombination unimodaler Leistungen ist möglich, sofern kein multimodales Angebot vorhanden ist. In diesen Fällen ist pro Therapieform eine gesonderte Empfehlung auszustellen!)

☐ **Sport- und Bewegungstherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 26 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 12 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Physiotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 20 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

noch Ziffer **5.1**

☐ **Ergotherapie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Logopädie**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Entspannungstraining**

- ☐ Gruppe mit bis zu 8 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin

☐ **Psychotherapie**

- ☐ bis zu 25 Gruppengespräche à maximal 90 Minuten und 2 Einzelgespräche à 50 Minuten
- ☐ Einzel mit bis zu 8 Gesprächen, bis zu 50 Minuten pro Gespräch

Zusätzlich können Gespräche (zum Beispiel mit Angehörigen) mit bis zu 5 Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

☐ **Ernährungsberatung**

- ☐ Gruppe mit bis zu 6 Terminen, maximal 60 Minuten pro Termin
- ☐ Einzel mit bis zu 6 Terminen, maximal 30 Minuten pro Termin
- ☐ zusätzlich Lehrküche, Gruppe mit bis zu 3 Terminen, 180 Minuten pro Termin empfohlen
- ☐ zusätzlich Einbeziehung von einer Begleitperson oder Familienangehörigen

empfohlene Verteilung (Anzahl der Termine pro Woche): _____

Sonstiges / weitere Hinweise:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5.2 Multimodale Nachsorge

Name des vom Rentenversicherungsträger anerkannten Konzepts

Anzahl der Termine (laut Konzept): _____

Dauer pro Termin (laut Konzept): _____

Weitere Hinweise:

6 Nachsorgeanbieter (in Abstimmung mit dem Kind oder der gesetzlichen Vertretung)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Bitte die Hinweise am Ende dieses Dokuments beachten!

7 Beginn der Leistung zur Nachsorge

	Tag	Monat	Jahr
Geplanter Beginn:			

8 Nachsorgemanagement

Falls für die Umsetzung der Nachsorgeleistungen ein Nachsorgemanagement erforderlich ist:

Name der Nachsorgemanagerin / des Nachsorgemanagers
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Telefon

Das Informationsblatt G4902-00 ist ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Information und Erklärung

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten der Nachsorge in einem Anspruchszeitraum von bis zu 12 Monaten nach Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Empfehlung enthält einen Vorschlag, bei welchem Anbieter die Nachsorge durchgeführt werden soll. Sofern die multimodale Nachsorge bei einem anderen Anbieter durchgeführt werden soll, klären Sie bitte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vor Beginn der Nachsorge, ob eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Das unter Ziffer 2 genannte Kind wird an der von der Rehabilitationseinrichtung empfohlenen Nachsorge teilnehmen.

Das Informationsblatt G4902-00 habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10 Unterschrift

Datum

Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren)
oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung

Hinweise für Anbieter von unimodaler Nachsorge (Ziffer 5.1)
Unimodale Nachsorgeleistungen dürfen nur erbracht werden von:
- Therapeutinnen / Therapeuten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen sind und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben oder
- approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder approbierten Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

Es bedarf keiner gesonderten Zulassung durch die Rentenversicherung.
Therapeutische Leistungen entsprechend dem Heilmittelkatalog werden nach den aktuell geltenden bundeseinheitlichen Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der Nachsorgeleistung "Psychotherapie" (Gruppengespräche, Einzelgespräche und Angehörigengespräche) finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/verguetung-nachsorge-kinder

Die Formulare zur Dokumentation und Abrechnung finden Sie unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/formulare-nachsorge-kinder