

Empfehlung zur Durchführung der modellhaften kombinierten Nachsorge

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Rehabilitationsträger des Versicherten:

In der Liste sind nur Rehabilitationsträger aufgeführt, die am Modellprojekt teilnehmen. Eine Teilnahme an der kombinierten Nachsorge bei einem anderen Träger ist nicht möglich, weshalb das Ausfüllen dieses Dokuments nicht nötig ist.

- DRV Bund
- DRV Braunschweig Hannover
- DRV Nord

Empfehlung zur kombinierten Nachsorge:

- Ja
- Nein

Begründung der Empfehlung:

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel der Rehabilitationseinrichtung

Bitte senden Sie diese Empfehlung nach dem Ausfüllen an die vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung. Bei Beginn einer kombinierten Nachsorge übermittelt die Nachsorgeeinrichtung das Dokument dann an den zuständigen RV-Träger.