



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

**III. Empfehlung therapeutischer Leistungen in der Gruppe**

**A  Übungs- / Trainingstherapie; Gruppenpsychotherapie mit Schwerpunkt:**

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Sprach- / Sprechtherapie
- Hirnleistungstraining
- verhaltenstherapeutische Psychotherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- andere: \_\_\_\_\_

**B  Problemverarbeitung, Verhaltensänderung, Entspannungstherapie mit Schwerpunkt:**

- Stressbewältigung
- Tabakentwöhnung
- Adipositasgruppe
- Schmerzbewältigung
- Entspannungstraining
- sozialrechtliche Beratung
- Arbeitsplatztraining
- Training sozialer Kompetenzen
- andere: \_\_\_\_\_

**C  Information, Motivation, Schulung mit Schwerpunkt:**

- Motivationsförderung
- Rückenschule
- Ernährungsberatung
- Lehrküche
- andere: \_\_\_\_\_

**IV. Empfehlung zu Anzahl, Dauer und Beginn:**

Anzahl: \_\_\_\_\_ Termin(e)  
 Dauer: \_\_\_\_\_ Monat(e)  
 frühestmöglicher Beginn: \_\_\_\_\_

**Art der Durchführung:**

- kontinuierliche Durchführung
- initial verdichtete Therapiefolge
- intervallartige Durchführung

**Anmerkung:** Max. 24 Termine von je 90 - 120 Minuten innerhalb eines Jahres nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei neurologischen Erkrankungen maximal 36 Termine und bei psychischen Störungen maximal 26 Termine. Beachte: Physiotherapeutische und trainingsbezogene Maßnahmen sind innerhalb eines halben Jahres nach Ende der Rehabilitationsleistung abzuschließen.

**Ort der Nachsorge** (vgl. entsprechende Liste der Nachsorgeeinrichtungen)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**V. Das IRENA-Informationsblatt ist der / dem Versicherten ausgehändigt worden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**IRENA****Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) - Erklärung der / des Versicherten**

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

Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt eine intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in einer dafür anerkannten Nachsorgeeinrichtung. Eine Ausfertigung der erfolgten Einleitung der IRENA sowie das Informationsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich beabsichtige, die IRENA-Leistungen in Anspruch zu nehmen.

**Mir ist bekannt**, dass bei zwischenzeitigem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beantragt wurde, **kein Anspruch auf eine empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt**. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Nachsorgeeinrichtung bei Bedarf den ärztlichen Entlassungsbericht von der Rehabilitationseinrichtung anfordert. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, dass meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt, die / den ich in der Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht angegeben habe, die Einleitung der IRENA durch die Rehabilitationseinrichtung und nach Abschluss der IRENA die Reha-Nachsorge-Dokumentation übersandt wird.

Wie in der "Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht" angegeben, wünsche ich keine Weitergabe von Unterlagen an meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten



## Information für die Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Intensivierten Rehabilitationsnachsorgeleistung (IRENA)

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Ihnen wurde durch die Rehabilitationseinrichtung eine ambulante Nachsorgeleistung, hier: Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) empfohlen, die Sie nunmehr nach einer durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation berufsbegleitend in Anspruch nehmen können.

In diesem Informationsblatt möchten wir Ihnen einige Details näher erläutern:

### - Ziel der IRENA

Das Ziel der empfohlenen IRENA besteht in der Stabilisierung der während der medizinischen Rehabilitationsleistung erreichten Rehabilitationsziele.

### - Zielgruppe des Nachsorgeprogrammes IRENA

Das IRENA-Programm kann von Ihnen in Anspruch genommen werden, wenn Sie zuvor eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Anspruch genommen haben.

Sie können IRENA nicht in Anspruch nehmen, wenn Sie

- einen Rehabilitationsbescheid (Bewilligung) von der Rentenversicherung im Auftrag der Krankenkasse erhalten haben,
- mit einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden pro Tag aus der Rehabilitation entlassen wurden,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben, oder
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

### - Therapeutische Leistungen

Von der empfehlenden Rehabilitationseinrichtung werden die therapeutischen Leistungen individuell und variabel als Leistungspaket zusammengestellt, die Sie der Einleitung zur IRENA entnehmen können. Alle Leistungen werden in **Gruppen** angeboten. Es gibt, ausgenommen für den Bereich der psychischen Störungen (maximal zwei Einzelgespräche), **keine** Einzelleistungen.

### - Zeitpunkt und Dauer

Sie sollten das IRENA-Programm möglichst zeitnah im Anschluss an die abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen, idealerweise innerhalb der ersten 3 Monate. Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich nach der Indikation und Ihrer individuellen Situation (z. B. Belastbarkeit, Berufstätigkeit). Soweit für Sie physiotherapeutische oder trainingsbezogene Maßnahmen vorgesehen sind, müssen diese innerhalb der ersten 6 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung abgeschlossen sein. Leistungen, die anhaltenden Verhaltensänderungen dienen, können einen Zeitraum von bis zu einem Jahr nach Ende der Rehabilitationsleistung umfassen.

Sie können maximal 24 Termine mit einer Zeitdauer von 90 bis 120 Minuten in Anspruch nehmen (bei neurologischen Erkrankungen maximal 36 Termine und bei psychischen Störungen maximal 26 Termine).

### - Ort der IRENA

Den Ort Ihrer Nachsorge entnehmen Sie bitte aus der IRENA-Einleitung. Die empfohlenen IRENA-Leistungen können nur in Einrichtungen erbracht werden, die eine vertragliche Basis mit der Deutschen Rentenversicherung Bund haben. Eine entsprechende "IRENA-Häuserliste" liegt der Rehabilitationseinrichtung vor und kann dort oder im Internet unter der Adresse **www.deutsche-rentenversicherung-bund.de** von Ihnen eingesehen werden.

### - Finanzierung

Die Kosten für die therapeutischen Leistungen werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu den vereinbarten Vergütungssätzen für den Zeitraum von maximal einem Jahr nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation übernommen. Danach erlischt die Kostenzusage.

**- Fahrkosten**

Entstehen Ihnen Fahrkosten, so werden Ihnen diese pauschal mit 5,00 EUR pro Behandlungstag vergütet. Die Auszahlung erfolgt direkt in der IRENA-Einrichtung (Verwaltungsbereich).

**- Zuzahlung**

Für die ambulante Nachsorge ist von Ihnen **keine** Zuzahlung zu leisten.

**- Verfahrensablauf**

Mit der Aushändigung der IRENA-Einleitung können Sie **sofort** den Kontakt mit der IRENA-Nachsorgeeinrichtung, die in der Einleitung aufgeführt ist, aufnehmen, eine Terminierung vornehmen und mit der IRENA beginnen!

Die Deutsche Rentenversicherung Bund übernimmt die Kosten Ihrer Teilnahme an der IRENA im Rahmen der zum Zeitpunkt des Antritts geltenden Vereinbarungen.

Eine weitere Bewilligung oder Kostenzusage durch die Deutsche Rentenversicherung Bund erfolgt nicht.

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt wird, soweit Sie hierzu die Zustimmung gegeben haben, über die Einleitung und die Ergebnisse der IRENA informiert.

**Wichtige Hinweise:**

Soweit es Ihnen möglich ist, können Sie Leistungen zur IRENA auch dann in Anspruch nehmen, wenn Sie vorübergehend arbeitsunfähig sind oder für Sie eine stufenweise Wiedereingliederung vorgesehen ist.

Eine **Haushaltshilfe** kann während der Inanspruchnahme von IRENA **nicht** erbracht werden.

Sie haben für die Tage der Inanspruchnahme von IRENA-Leistungen keinen Anspruch auf Übergangsgeld. IRENA sollte berufsbegleitend in Anspruch genommen werden.

Sollten Sie die IRENA nicht antreten oder nicht bis zum Abschluss durchführen können, bitten wir Sie die Deutsche Rentenversicherung Bund hiervon unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer und Ihres Kennzeichens zu informieren.

Weitere Informationen zum IRENA-Programm können Sie der Rahmenkonzeption "IRENA" im Internet unter der Adresse **[www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)** entnehmen.

Bei Fragen und Problemen wenden Sie sich bitte an die Telefonnummer, die in dem Ihnen zugesandten Rehabilitationsbescheid aufgeführt ist oder an das Reha-Informations-Center 0800 100048070.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

**III. Empfehlung therapeutischer Leistungen in der Gruppe**

**A**  **Übungs- / Trainingstherapie; Gruppenpsychotherapie mit Schwerpunkt:**

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Sprach- / Sprechtherapie
- Hirnleistungstraining
- verhaltenstherapeutische Psychotherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- andere: \_\_\_\_\_

**B**  **Problemverarbeitung, Verhaltensänderung, Entspannungstherapie mit Schwerpunkt:**

- Stressbewältigung
- Tabakentwöhnung
- Adipositasgruppe
- Schmerzbewältigung
- Entspannungstraining
- sozialrechtliche Beratung
- Arbeitsplatztraining
- Training sozialer Kompetenzen
- andere: \_\_\_\_\_

**C**  **Information, Motivation, Schulung mit Schwerpunkt:**

- Motivationsförderung
- Rückenschule
- Ernährungsberatung
- Lehrküche
- andere: \_\_\_\_\_

**IV. Empfehlung zu Anzahl, Dauer und Beginn:**

Anzahl: \_\_\_\_\_ Termin(e)  
 Dauer: \_\_\_\_\_ Monat(e)  
 frühestmöglicher Beginn: \_\_\_\_\_

**Art der Durchführung:**

- kontinuierliche Durchführung
- initial verdichtete Therapiefolge
- intervallartige Durchführung

**Anmerkung:** Max. 24 Termine von je 90 - 120 Minuten innerhalb eines Jahres nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei neurologischen Erkrankungen maximal 36 Termine und bei psychischen Störungen maximal 26 Termine. Beachte: Physiotherapeutische und trainingsbezogene Maßnahmen sind innerhalb eines halben Jahres nach Ende der Rehabilitationsleistung abzuschließen.

**Ort der Nachsorge** (vgl. entsprechende Liste der Nachsorgeeinrichtungen)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**V. Das IRENA-Informationsblatt ist der / dem Versicherten ausgehändigt worden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**IRENA****Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) - Erklärung der / des Versicherten**

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

Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt eine intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in einer dafür anerkannten Nachsorgeeinrichtung. Eine Ausfertigung der erfolgten Einleitung der IRENA sowie das Informationsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich beabsichtige, die IRENA-Leistungen in Anspruch zu nehmen.

**Mir ist bekannt**, dass bei zwischenzeitigem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beantragt wurde, **kein Anspruch auf eine empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt**. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Nachsorgeeinrichtung bei Bedarf den ärztlichen Entlassungsbericht von der Rehabilitationseinrichtung anfordert. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, dass meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt, die / den ich in der Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht angegeben habe, die Einleitung der IRENA durch die Rehabilitationseinrichtung und nach Abschluss der IRENA die Reha-Nachsorge-Dokumentation übersandt wird.

Wie in der "Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht" angegeben, wünsche ich keine Weitergabe von Unterlagen an meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten



# Ausfertigung für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Deutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

**Gilt als Kostenzusage**

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Rehabilitationseinrichtung	
IK-Nr.	Abt.-Nr.

## IRENA

### Einleitung einer Leistung zur intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA)

#### I. Personenstandsdaten der / des Versicherten

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

#### II. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden erbracht

ganztägig ambulant vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

stationär vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Entlassungsdiagnosen:

--

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

**III. Empfehlung therapeutischer Leistungen in der Gruppe**

**A**  **Übungs- / Trainingstherapie; Gruppenpsychotherapie mit Schwerpunkt:**

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Sprach- / Sprechtherapie
- Hirnleistungstraining
- verhaltenstherapeutische Psychotherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- andere: \_\_\_\_\_

**B**  **Problemverarbeitung, Verhaltensänderung, Entspannungstherapie mit Schwerpunkt:**

- Stressbewältigung
- Tabakentwöhnung
- Adipositasgruppe
- Schmerzbewältigung
- Entspannungstraining
- sozialrechtliche Beratung
- Arbeitsplatztraining
- Training sozialer Kompetenzen
- andere: \_\_\_\_\_

**C**  **Information, Motivation, Schulung mit Schwerpunkt:**

- Motivationsförderung
- Rückenschule
- Ernährungsberatung
- Lehrküche
- andere: \_\_\_\_\_

**IV. Empfehlung zu Anzahl, Dauer und Beginn:**

Anzahl: \_\_\_\_\_ Termin(e)

Dauer: \_\_\_\_\_ Monat(e)

frühestmöglicher Beginn: \_\_\_\_\_

**Art der Durchführung:**

- kontinuierliche Durchführung
- initial verdichtete Therapiefolge
- intervallartige Durchführung

**Anmerkung:** Max. 24 Termine von je 90 - 120 Minuten innerhalb eines Jahres nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei neurologischen Erkrankungen maximal 36 Termine und bei psychischen Störungen maximal 26 Termine. Beachte: Physiotherapeutische und trainingsbezogene Maßnahmen sind innerhalb eines halben Jahres nach Ende der Rehabilitationsleistung abzuschließen.

**Ort der Nachsorge** (vgl. entsprechende Liste der Nachsorgeeinrichtungen)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**V. Das IRENA-Informationsblatt ist der / dem Versicherten ausgehändigt worden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

**III. Empfehlung therapeutischer Leistungen in der Gruppe**

**A**  **Übungs- / Trainingstherapie; Gruppenpsychotherapie mit Schwerpunkt:**

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Sprach- / Sprechtherapie
- Hirnleistungstraining
- verhaltenstherapeutische Psychotherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- andere: \_\_\_\_\_

**B**  **Problemverarbeitung, Verhaltensänderung, Entspannungstherapie mit Schwerpunkt:**

- Stressbewältigung
- Tabakentwöhnung
- Adipositasgruppe
- Schmerzbewältigung
- Entspannungstraining
- sozialrechtliche Beratung
- Arbeitsplatztraining
- Training sozialer Kompetenzen
- andere: \_\_\_\_\_

**C**  **Information, Motivation, Schulung mit Schwerpunkt:**

- Motivationsförderung
- Rückenschule
- Ernährungsberatung
- Lehrküche
- andere: \_\_\_\_\_

**IV. Empfehlung zu Anzahl, Dauer und Beginn:**

Anzahl: \_\_\_\_\_ Termin(e)  
 Dauer: \_\_\_\_\_ Monat(e)  
 frühestmöglicher Beginn: \_\_\_\_\_

**Art der Durchführung:**

- kontinuierliche Durchführung
- initial verdichtete Therapiefolge
- intervallartige Durchführung

**Anmerkung:** Max. 24 Termine von je 90 - 120 Minuten innerhalb eines Jahres nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei neurologischen Erkrankungen maximal 36 Termine und bei psychischen Störungen maximal 26 Termine. Beachte: Physiotherapeutische und trainingsbezogene Maßnahmen sind innerhalb eines halben Jahres nach Ende der Rehabilitationsleistung abzuschließen.

**Ort der Nachsorge** (vgl. entsprechende Liste der Nachsorgeeinrichtungen)

Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**V. Das IRENA-Informationsblatt ist der / dem Versicherten ausgehändigt worden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**IRENA****Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) - Erklärung der / des Versicherten**

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

Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt eine intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in einer dafür anerkannten Nachsorgeeinrichtung. Eine Ausfertigung der erfolgten Einleitung der IRENA sowie das Informationsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich beabsichtige, die IRENA-Leistungen in Anspruch zu nehmen.

**Mir ist bekannt**, dass bei zwischenzeitigem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beantragt wurde, **kein Anspruch auf eine empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt**. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Nachsorgeeinrichtung bei Bedarf den ärztlichen Entlassungsbericht von der Rehabilitationseinrichtung anfordert. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, dass meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt, die / den ich in der Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht angegeben habe, die Einleitung der IRENA durch die Rehabilitationseinrichtung und nach Abschluss der IRENA die Reha-Nachsorge-Dokumentation übersandt wird.

Wie in der "Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht" angegeben, wünsche ich keine Weitergabe von Unterlagen an meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten





Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**IRENA****Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) - Erklärung der / des Versicherten**

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

Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt eine intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in einer dafür anerkannten Nachsorgeeinrichtung. Eine Ausfertigung der erfolgten Einleitung der IRENA sowie das Informationsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich beabsichtige, die IRENA-Leistungen in Anspruch zu nehmen.

**Mir ist bekannt**, dass bei zwischenzeitigem Bezug einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder wenn eine Rente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beantragt wurde, **kein Anspruch auf eine empfohlene Nachsorgeleistung besteht und die erteilte Kostenzusage erlischt**. Gleiches gilt, wenn mir eine Leistung gewährt wird, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Nachsorgeeinrichtung bei Bedarf den ärztlichen Entlassungsbericht von der Rehabilitationseinrichtung anfordert. Insoweit entbinde ich die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, dass meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt, die / den ich in der Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht angegeben habe, die Einleitung der IRENA durch die Rehabilitationseinrichtung und nach Abschluss der IRENA die Reha-Nachsorge-Dokumentation übersandt wird.

Wie in der "Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht" angegeben, wünsche ich keine Weitergabe von Unterlagen an meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten