

Absenderangaben der Krankenkasse
(Adresse, Ansprechpartner, Telefon- und Fax-Nr.)

Deutsche Rentenversicherung ...
(Adresse, Ansprechpartner – ggf. Telefon- und Fax-Nr.)

**Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX i. V. m.
§ 51 Abs. 5 SGB IX im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

Sehr geehrte/r Frau/Herr

für Herrn/Frau _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____ BKZ: _____
(soweit bekannt)

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom _____ bis _____

Die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung halten wir für möglich / erforderlich, weil

- .. Arbeitsunfähigkeit länger andauert
 - .. Arbeitsfähigkeit durch die stufenweise Wiedereingliederung wieder hergestellt werden kann
 - .. Nachsorge nicht ausreichend ist
 - .. Zustimmung des Versicherten vorliegt
 - .. Zustimmung des Arbeitgebers vorliegt
 - .. Arbeitgeber erreicht wurde
 - .. tägliche Mindestarbeitszeit von zwei Stunden innerhalb von vier Wochen erreichbar ist
 - .. inhaltliche Angaben in der Checkliste nicht vorlagen, aber ärztlicherseits eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen wurde
 - .. Sonstiges _____
- _____
- _____
- _____

Vorliegende medizinische Unterlagen (ggf. Stufenplan) sind beigelegt.

Nach erfolgter Prüfung teilen Sie uns bitte Ihre Entscheidung an o. g. Fax-Nr. mit.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen