

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--

Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Anlage zur Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge - Psy-RENA
(Teilnahmenachweis)**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Stempel des Nachsorgeanbieters

Institutionskennzeichen

Teilnahme an **Psy-RENA**

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Therapeutische Leistungen		Bestätigung	
Laufende Nummer	Einzelgespräch bei Durchführung als Gruppenleistung am (Datum)	Teilnehmerin / Teilnehmer	Therapeutin / Therapeut
1	Aufnahmegespräch		
2	Abschlussgespräch		

Gruppenleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

Gruppenleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Dokumentation der Art der sonstigen Leistungen (zum Beispiel Krisenintervention, Angehörigengespräche) - nur bei Durchführung von Psy-RENA als Gruppenleistung

Laufende Nummer	Datum und Art der Leistung	Bestätigung	
		Teilnehmerin / Teilnehmer	Therapeutin / Therapeut
1			
2			
3			
4			
5			

Sonderform: Psy-RENA als Einzelleistung (inklusive vorher angezeigter Verlängerung)

Einzelleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Einzelleistung am (Datum)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Nur bei Verlängerung auszufüllen		
9		
10		



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Einzelleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Einzelleistung am (Datum)	
Nur bei Verlängerung auszufüllen		
11		
12		

Summe der Gruppenleistungen:	
Summe der sonstigen Leistungen:	
Summe der Einzelleistungen: (inklusive Termine bei Verlängerung)	

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass bei der Durchführung in Gruppenform die Anzahl der maximal möglichen Gruppenteilnehmer von bis zu 10 Personen nicht überschritten wurde.

Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der Psy-RENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsformular (G4821-00) eine Ausfertigung dieser Anlage bei.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Psychotherapeutin / des Psychoherapeuten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

--

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Anlage zur Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge - Psy-RENA
(Teilnahmenachweis)**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Stempel des Nachsorgeanbieters
Institutionskennzeichen

Teilnahme an **Psy-RENA**

vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Therapeutische Leistungen		Bestätigung	
Laufende Nummer	Einzelgespräch bei Durchführung als Gruppenleistung am (Datum)	Teilnehmerin / Teilnehmer	Therapeutin / Therapeut
1	Aufnahmegespräch		
2	Abschlussgespräch		

Gruppenleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gruppenleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Dokumentation der Art der sonstigen Leistungen (zum Beispiel Krisenintervention, Angehörigengespräche) - nur bei Durchführung von Psy-RENA als Gruppenleistung

Laufende Nummer	Datum und Art der Leistung	Bestätigung	
		Teilnehmerin / Teilnehmer	Therapeutin / Therapeut
1			
2			
3			
4			
5			

Sonderform: Psy-RENA als Einzelleistung (inklusive vorher angezeigter Verlängerung)

Einzelleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Einzelleistung am (Datum)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Nur bei Verlängerung auszufüllen		
9		
10		



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Einzelleistung Psy-RENA		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Einzelleistung am (Datum)	
Nur bei Verlängerung auszufüllen		
11		
12		

Summe der Gruppenleistungen:	
Summe der sonstigen Leistungen:	
Summe der Einzelleistungen: (inklusive Termine bei Verlängerung)	

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass bei der Durchführung in Gruppenform die Anzahl der maximal möglichen Gruppenteilnehmer von bis zu 10 Personen nicht überschritten wurde.

Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der Psy-RENA. Bitte fügen Sie dem Abrechnungsfomular (G4821-00) eine Ausfertigung dieser Anlage bei.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Psychotherapeutin / des Psychoherapeuten

