

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Anlage zur Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge - T-RENA (Teilnahmenachweis)

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Teilnahme an **T-RENA**

vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr

Stempel des Nachsorgeanbieters
Institutionskennzeichen

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Therapeutische Leistungen		Bestätigung Durchführung Teilnehmerin / Teilnehmer
Einweisungstraining T-RENA (60 Minuten) Einzelleistung bei Gruppenleistung am:		
Kurzeinweisung T-RENA (20 Minuten) Einzelleistung bei Anbieterwechsel am:		

T-RENA			Bestätigung Durchführung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am	Sonderform: Einzelleistung am	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

T-RENA			Bestätigung Durchführung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am	Sonderform: Einzelleistung am	
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			

Summe der Gruppenleistungen:	
Summe der Einzelleistungen:	

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass bei einer Durchführung in Gruppenform die Anzahl der maximal möglichen Gruppenteilnehmer von bis zu 12 Personen nicht überschritten wurde.

Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der T-RENA.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Therapeutin / des Therapeuten

