

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**T-RENA Verlängerungsanzeige**

Versicherungsnummer		Kennzeichen (soweit bekannt)		MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)				Nachsorgeanbieter	
Geburtsdatum, sofern nicht in Versicherungsnummer enthalten					
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch				IK-Nr.	Abt.-Nr.

**Es handelt sich um eine Verlängerungsanzeige für:**
 T-RENA als Gruppenleistung   
 T-RENA als Einzelleistung   
 T-RENA digital

<b>Zeitraum der T-RENA-Teilnahme:</b> vom		Tag    Monat    Jahr	bis	Tag    Monat    Jahr	Anzahl
Während des Nachsorge-Zeitraums bisher wahrgenommene Termine (dazu sind die geltenden Voraussetzungen - Hinweise siehe unten - zu beachten!)					

**Begründung für die Notwendigkeit der Fortsetzung der T-RENA:**

Noch erforderliche Termine (dazu sind die geltenden Voraussetzungen - Hinweise folgend - zu beachten!)		Anzahl
---	--	--------

**Hinweise:** Diese Mitteilung ist vor Beginn der Verlängerung an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu senden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit Eingang dieser Anzeige die Zustimmung zur Verlängerung gegeben wird. Insofern kann die T-RENA kontinuierlich fortgesetzt werden. Sollten Hinderungsgründe vorliegen, wird sich der Rentenversicherungsträger bei dem Nachsorgeanbieter melden.

Eine Verlängerung der T-RENA um maximal 26 Gruppentherapien ist nur dann möglich, wenn bei Durchführung in Gruppenform 26 Einheiten innerhalb von 6 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) wahrgenommen worden sind.

Sofern die T-RENA ausnahmsweise in Einzeltherapie oder digital durchgeführt wurde, kann eine Verlängerung um maximal 12 Einheiten nur erfolgen, wenn die ersten 12 Trainingseinheiten innerhalb von 3 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) durchgeführt worden sind.

Kosten für Behandlungseinheiten, die nach Ablauf von 12 Monaten nach Beendigung der vorherigen Leistung zur Teilhabe durchgeführt wurden, werden von der Rentenversicherung nicht mehr erstattet.

Datum, Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten







Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**T-RENA Verlängerungsanzeige**

Versicherungsnummer		Kennzeichen (soweit bekannt)		MSAT / MSNR	RESC
Patientin / Patient (Name, Vorname)				Nachsorgeanbieter	
Geburtsdatum, sofern nicht in Versicherungsnummer enthalten					
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch				IK-Nr.	Abt.-Nr.

**Es handelt sich um eine Verlängerungsanzeige für:**
 T-RENA als Gruppenleistung
  T-RENA als Einzelleistung
  T-RENA digital

Zeitraum der T-RENA-Teilnahme:		Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	Anzahl
Während des Nachsorge-Zeitraums bisher wahrgenommene Termine (dazu sind die geltenden Voraussetzungen - Hinweise siehe unten - zu beachten!)									

**Begründung für die Notwendigkeit der Fortsetzung der T-RENA:**

Noch erforderliche Termine (dazu sind die geltenden Voraussetzungen - Hinweise folgend - zu beachten!)									Anzahl
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

**Hinweise:** Diese Mitteilung ist vor Beginn der Verlängerung an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu senden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit Eingang dieser Anzeige die Zustimmung zur Verlängerung gegeben wird. Insofern kann die T-RENA kontinuierlich fortgesetzt werden. Sollten Hinderungsgründe vorliegen, wird sich der Rentenversicherungsträger bei dem Nachsorgeanbieter melden.

Eine Verlängerung der T-RENA um maximal 26 Gruppentherapien ist nur dann möglich, wenn bei Durchführung in Gruppenform 26 Einheiten innerhalb von 6 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) wahrgenommen worden sind.

Sofern die T-RENA ausnahmsweise in Einzeltherapie oder digital durchgeführt wurde, kann eine Verlängerung um maximal 12 Einheiten nur erfolgen, wenn die ersten 12 Trainingseinheiten innerhalb von 3 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) durchgeführt worden sind.

Kosten für Behandlungseinheiten, die nach Ablauf von 12 Monaten nach Beendigung der vorherigen Leistung zur Teilhabe durchgeführt wurden, werden von der Rentenversicherung nicht mehr erstattet.

Datum, Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten



