

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

 Teilnahme an **Psy-RENA**

vom	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr													
Tag	Monat	Jahr													

Institutionskennzeichen

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

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

Dokumentation der Art der sonstigen Leistungen (zum Beispiel Krisenintervention, Angehörigengespräche)

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.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Psychotherapeutin / des Psychoherapeuten

