Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

**Zuständiger Rentenversicherungsträger:**

## Anlage zur Abrechnung von digitalen Leistungen zur Nachsorge IRENA / T-RENA (Teilnahmenachweis)

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

**Teilnahme am digitalen Nachsorgeprogramm**

☐ IRENA (Therapiefelder I, II, III) ☐ T- RENA (nur Therapiefeld I)

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

☐ IRENA Psychosomatik Einzelgespräche a 50 Minuten

am Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Stempel des Nachsorgeanbieters

Institutionskennzeichen

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Behandlungseinheiten in folgenden Kalenderwochen (KW):

Gesamtzahl Nachsorgewochen:

Anzahl

| Therapiefeld | Durchgeführte Therapiezeit in Minuten | Abrechenbare Behandlungseinheiten (BE) |
|---|---|---|
| **IRENA** | | **IRENA: 1 BE = 90 Minuten** |
| **Therapiefeld I**<br>Sport-Bewegungstherapie, Physiotherapie | | |
| **Therapiefeld II**<br>Klinische Sozialarbeit, Ergotherapie, Arbeitstherapie, funktionale Therapie, Klinische Psychologie, Neuropsychologie | | |
| **Therapiefeld III**<br>Information, Motivation, Schulung, Ernährungsmedizinische Leistungen | | |
| **T-RENA** | | **T-RENA: 1 BE = 60 Minuten** |
| **Therapiefeld I**<br>Sport-Bewegungstherapie, Physiotherapie | | |
| **Gesamt** | | |

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt. Ein detaillierter Aktivitätsnachweis mit Versichertenangaben ist vorzuhalten und auf Anfrage des Rentenversicherungsträgers zu übersenden.

**Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der digitalen IRENA / T-RENA.**

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters



**G4837-00 DRV**
Version 02002 - EGRN 4/2023 - Stand 27.11.2023