

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

MSAT / MSNR

--	--	--

**Zuständiger Rentenversicherungsträger:**

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

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

Stempel des Nachsorgeanbieters
Institutionskennzeichen

Teilnahme an **DE-RENA**

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

**Kontaktübersicht**

Laufende Nummer	Datum	Art des Kontaktes	Bestätigung Therapeutin / Therapeut
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**Kontaktübersicht**

Laufende Nummer	Datum	Art des Kontaktes	Bestätigung Therapeutin / Therapeut
11			
12			

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

**Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der DE-RENA.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten

