Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur digitalen IRENA und T-RENA für das Jahr Auswahl Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Leistung zur Nachsorge vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

IRENA Somatik / Psychosomatik Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
IRENA Neurologie Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
IRENA Adipositas Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
Anzahl Aufnahmegespräch / Abschlussgespräch bei **IRENA** Psychosomatik		X EUR Cent	=	EUR Cent
T-RENA Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
Gesamtbetrag			=	EUR Cent

G4841-00 DRV
Version 03003 - FAL 2/2025 - Stand 01.01.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

EUR	Cent

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:
Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (**IRENA** G4815-00, **T-RENA** G4819-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4837-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

G4841-00 DRV
Version 03003 - FAL 2/2025 - Stand 01.01.2026

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur digitalen IRENA und T-RENA für das Jahr Auswahl Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Leistung zur Nachsorge vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

IRENA Somatik / Psychosomatik Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
IRENA Neurologie Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
IRENA Adipositas Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
Anzahl Aufnahmegespräch / Abschlussgespräch bei **IRENA** Psychosomatik		X EUR Cent	=	EUR Cent
T-RENA Anzahl Behandlungseinheiten		X EUR Cent	=	EUR Cent
Gesamtbetrag			=	EUR Cent

G4841-00 DRV
Version 03003 - FAL 2/2025 - Stand 01.01.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

EUR	Cent

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:
Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (**IRENA** G4815-00, **T-RENA** G4819-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4837-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

G4841-00 DRV
Version 03003 - FAL 2/2025 - Stand 01.01.2026