Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung

Abrechnung von unimodalen Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche

Hinweis: Bitte übersenden Sie Ihre Abrechnungsunterlagen nach Beendigung der Leistungen an den in der Nachsorgeempfehlung aufgeführten Rentenversicherungsträger.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Angaben zum Nachsorgeanbieter

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefon	E-Mail-Adresse

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur Nachsorge vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Art der erbrachten therapeutischen Leistung: _____

G4905-00 DRV
Version 03003 - EGKJRH 2/2023 - Stand 15.02.2023

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Leistungen gemäß Preisliste der gesetzlichen Krankenkassen für Heilmittel

Pos.-Nr.		Anzahl		X	EUR Cent	=	EUR Cent
Pos.-Nr.		Anzahl		X	EUR Cent	=	EUR Cent
Pos.-Nr.		Anzahl		X	EUR Cent	=	EUR Cent
Pos.-Nr.		Anzahl		X	EUR Cent	=	EUR Cent
Pos.-Nr.		Anzahl		X	EUR Cent	=	EUR Cent
Gesamtbetrag						=	EUR Cent

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich eine Zulassung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen habe.

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich zertifizierte Ernährungsberaterin / zertifizierter Ernährungsberater bin und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen habe.

Ich bitte, 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 **Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche** (G4903-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4904-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Einwilligungserklärung für Erbringer von Sport- und Bewegungstherapie und Ernährungstherapie

Ich willige ein, dass folgende Kontaktdaten

☐ Name

☐ Praxis-Adresse

☐ Telefonnummer

☐ E-Mail-Adresse

zum Zwecke der Einleitung weiterer Nachsorgeleistungen, in einer Liste von Nachsorgeanbietern der Deutschen Rentenversicherung im Internet veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem oben genannten Rentenversicherungsträger widerrufen werden.

_____

Ort, Datum, Unterschrift des Nachsorgeanbieters